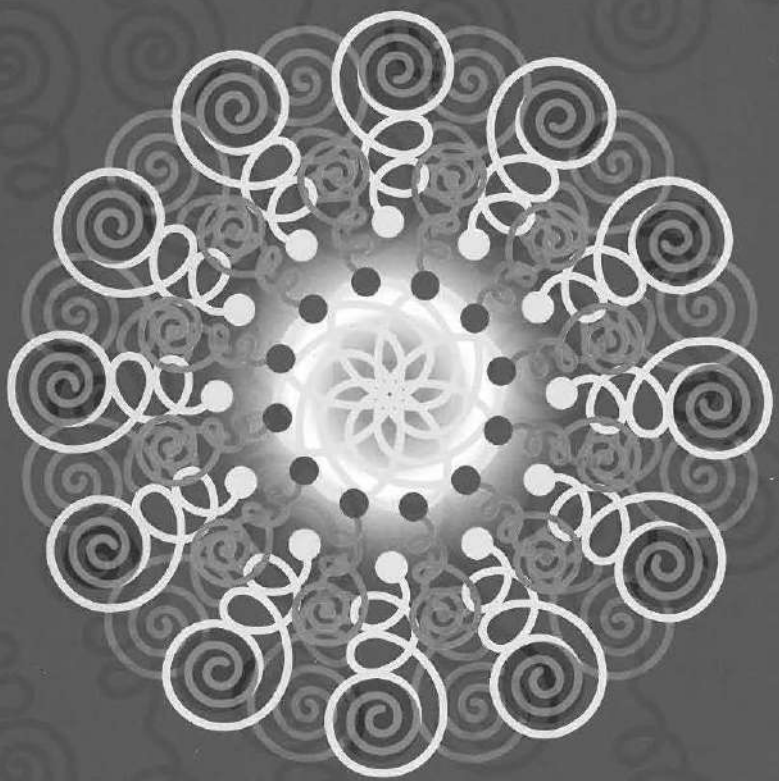
Psihoterapia tulburărilor emoționale

Irina Holdevici
Barbara Crăciun



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Perversiunea
Robert J. Stoller

Copiii abandonați ai României
Charles A. Nelson, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah

Defectul fundamental
Michael Balint

Analiza viselor
C.G. Jung

Terapia prin jocul cu nisip – Sandplay
Ruth Ammann

Comunicarea umană
Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas,
Don D. Jackson

Tulburări grave ale personalității
Otto F. Kernberg

16 conferințe despre traumă
Louis Crocq

Minți conducătoare
Howard Gardner în colaborare cu Emma Laskin

Studii despre isterie
Sigmund Freud

A deveni o persoană
Carl R. Rogers

Procesele de maturizare
D.W. Winnicott

Manual de psihodiagnostic
Hermann Rorschach

Tratat de psihiatrie psihodinamică
Glen O. Gabbard

Isteria
Christopher Bollas

Dicționar critic de psihanaliză
Charles Rycroft

Tratat de psihologie clinică și psihopatologie
Șerban Ionescu, Alain Blanchet
Coord. Michéle Montreuil Coord. Jack Doron

Cuprins

	Introducere	7
I	Meditația bazată pe conștientizare și hipnoterapia	13
II	Modelul de reducere a stresului prin intervenții cognitiv-comportamentale și meditație bazată pe conștientizare	37
III	Intervenții psihoterapeutice în tulburările depresive	67
IV	Terapia prin acceptare și angajament în tratamentul depresiei	94
V	Psihoterapia tulburărilor anxioase	158
VI	Strategii terapeutice complexe de optimizare a calității vieții	240
VII	Abordări terapeutice în cazul tulburărilor de somn	284
VIII	Intervenții psihoterapeutice în tendința de amânare	309
	Bibliografie selectivă	337

Introducere

Intervențiile psihoterapeutice în aria tulburărilor de dispoziție conduc înspre o ameliorare clinică și o reducere evidentă a simptomatologiei, după cum arată datele ce provin din literatura de specialitate.

Astfel, o parte dintre protocoalele care au scopul de a crește eficiența abordărilor cognitiv-comportamentale tradiționale și sugestive includ în ultimii 30 de ani adaptarea și îmbogățirea tratamentului individual sau al celui de grup prin oferirea de materiale și bibliografie de tip *self-help* clienților anxioși-depresivi, sau prin utilizarea unor programe de asistare terapeutică generate pe computer.

Pe de altă parte, prin intermediul psihoterapiei cognitiv-comportamentale, scurtarea timpului demersului în sine prezintă o serie de avantaje cum ar fi: scăderea costurilor, facilitarea accesului la formulele individuale de lucru ale clienților (direct sau on-line), credibilitatea tratamentului și, nu în ultimul rând, creșterea motivației pentru schimbare.

Intervențiile cognitiv-comportamentale și cele sugestive aduc în prim-plan modalitatea prin care clientul stabilește o serie de obiective specifice împreună cu terapeutul, urmând ca acestea să fie derulate și împlinite într-o manieră cuantificabilă și realistă. Acest stil de lucru poate fi menținut în cadrul de specialitate atunci când terapeutul utilizează redirecționarea rapidă a clienților de la punctele secundare înspre lista de probleme și spre obiectivele stabilite, în același timp acordând atenție procesului de flexibilizare a demersului, construind și menținând mereu o puternică alianță terapeutică cu aceștia.

În mod tradițional intervenția cognitiv-comportamentală în tulburările depresive și anxioase cuprinde în medie un număr de 10–30 de ședințe, tratamentul incluzând mai multe componente. În funcție de spectrul clinic al simptomatologiei cu care se prezintă clienții la cabinetul de psihoterapie se utilizează strategii care pornesc, de exemplu, din domeniul psihoeducațional și continuă cu identificarea

gândurilor și credințelor cognitive iraționale. Ulterior, în funcție de diagnosticul individualizat clinic identificat, pot fi inserate tehnici de respirație și relaxare, hipnoză, tehnici de activare comportamentală, urmate fiind de restructurarea cognitivă a gândurilor și concepțiilor iraționale despre situația trăită, fie aceasta una anxiogenă sau o suferință depresivă (ș.a.).

O serie de date provenite din cercetările ultimilor ani susțin că înregistrarea studiilor validate științific sprijină tot mai mult prin rezultate concrete utilizarea intervențiilor cognitiv-comportamentale, de pildă în tratamentul tulburării depresive. Două astfel de abordări larg studiate includ terapia cognitivă a lui Beck și programul comportamental bazat pe muncă propus de Lewinsohn (citat de Curry, Wells, Lochman, Craighead și Nagy, 2003). Programul comportamental are scopul de a crește plăcerea generată de activitate și de a reduce experiențele neplăcute ale clienților, în timp ce obiectivele terapiei cognitiv-comportamentale se adresează gândurilor negative cu privire la sine și la lume, aceasta folosind, așa cum aminteam mai sus, restructurarea cognitivă.

Intervențiile psihoterapeutice în cazul anxietății generalizate se sprijină pe abordările comportamentale (biofeedback, relaxare), analitice, cognitiv-comportamentale de scurtă durată și pe terapiile non-directive). Aplicarea abordărilor comportamentale însoțite de relaxare au avut ca punct de pornire modelul cognitiv terapeutic al lui Beck (1976), iar psihoterapia combinată cognitivă și tehnicile de relaxare au adus eficiență în ameliorarea acestui tip de tulburări (Chorpita *et al.*, 1998). Astfel, cele mai eficiente abordări psihoterapeutice în cazul anxietății generalizate par a fi terapia cognitiv-comportamentală individuală, cu o rată globală de recuperare de 51%, și aplicarea procedeelor de relaxare, cu o rată de 60%. Aceste statistici prezintă indicatori globali de recuperare care surprind un interval de șase luni ulterior desfășurării psihoterapiei, astfel că pe viitor se impune condiția derulării unor studii de *follow-up* pe termen lung care să vină cu argumente pozitive în legătură cu menținerea rezultatelor eficiente ale intervenției terapeutice.

În ultima perioadă, în plus față de abordarea clasică cognitiv-comportamentală, într-o direcție de actualizare și ascendență, și-a făcut loc în spațiul psihoterapiilor o nouă intervenție de tip terapeutic denumită ACT (terapia prin acceptare și angajament), aceasta fiind

considerată ca făcând parte din cel de-al treilea val al terapiilor cognitiv-comportamentale.

Terapia prin acceptare și angajament are ca scop construirea unei structuri interioare care se va opune *coping*-ului evitării și fuziunii cognitive, permițând clienților să intre în contact cu propria durere și suferință prin mecanismul acceptării. Astfel, tehnicile ACT mizează pe utilizarea metaforelor, paradoxurilor și a exercițiilor experiențiale care pot puncta capcanele create de un anume limbaj în care suferința este etichetată că fiind ceva neplăcut și inadecvat la o persoană, amendată din punct de vedere social.

Scopul aplicării ACT este acela de a înlesni abilitatea clientului de a distinge circumstanțele în care un comportament direct poate implica angajarea în trăirea suferinței și cele în care acceptarea acesteia este o alternativă viabilă și firească.

Cel mai important țel al ACT este acela de a canaliza eforturile clienților înspre conștientizarea evenimentelor nedorite care stau în drumul lor de acțiune în viață, într-o manieră adecvată valorilor proprii.

Din perspectiva abordării psihoterapeutice ACT, terapia prin acceptare și angajament, natura problematică a depresiei și a simptomelor acesteia se presupune a fi pe deplin funcțională și bazată pe un context determinat. Altfel spus, rădăcina problemei în depresie nu este dispoziția depresivă sau gândurile negative, nici măcar impactul comportamental asupra unor astfel de evenimente, ci modul în care contextul specific face legătura cu stările, gândurile și comportamentul într-un patern general de viață pentru clientul respectiv.

ACT este o psihoterapie bazată pe „cuvânt", fundamentată pe cercetarea naturii limbajului și a cogniților (Hayes *et al.*, 1999). În acest context, depresia poate fi văzută ca o problemă, dar aceasta nu înseamnă că este un lucru „rău", atunci când vine vorba de a reflecta calitatea vieții unui individ.

Alături de acest tip de intervenție, meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă o metodă, o procedură și o tehnică descrisă ca fiind o formă de training prin formulare repetitivă de redirecționare a atenției către experiența prezentă în cadrul activității mentale (Bishop *et al.*, 2004).

Meditația bazată pe conștientizare este adesea asociată cu starea zen, iar mai toate definițiile acestei stări includ o serie de componente comune. Elementul cel mai important care atrage atenția este acela că

astăzi *mindfulness* reprezintă o tehnică psihoterapeutică studiată științific. Din perspectivă generală se vorbește despre o stare de meditație pe care unii oamenii o ating mai des decât alții, se atenționează asupra faptului că unele persoane se concentrează clar și obiectiv asupra stării de moment (*aici și acum*) și că atenția subiectului este conectată cu stimulii interni și externi (de mediu).

O mulțime de studii s-au concentrat asupra consecințelor pe care acest tip de tehnică psihoterapeutică le are asupra stării de bine a indivizilor. Spre exemplu, Brown și Ryan (2003) au ajuns la concluzia că practica meditației bazate pe conștientizare reduce tulburările de dispoziție și stresul, în timp ce alți autori consideră de asemenea că *mindfulness*-ul reduce îngrijorarea, teama și panica (Kim *et al.*, 2010).

Astfel de rezultate sunt susținute de cercetările realizate de Williams (2009) care a descoperit că persoanele cu un nivel mai mare de îngăduință față de sine și de *mindfulness* (ambele fiind două subcomponente ale compasiunii față de sine) sunt mai eficiente în gestionarea îngrijorării și în scăderea tendinței de amânare.

Practicarea procedurilor meditației bazate pe conștientizare îmbunătățește autoobservarea, care promovează recunoașterea stărilor interne, înțelegerea consecințelor acțiunilor unei alte persoane și capacitatea sporită a individului de a-și folosi cunoștintele adecvate de *coping* (Kabat-Zinn, 1985; Teasdale *et al*, 1995).

Volumul de față prezintă într-o manieră complexă modalitățile de intervenție psihoterapeutică în care sunt utilizate tehnicile cognitiv-comportamentale și cele sugestive clasice alături de formulele noi ale practicii meditației prin conștientizare (*mindfulness*) împreună cu inserțiile specifice terapiei prin acceptare și angajament.

Fiecare dintre aceste abordări psihoterapeutice însoțește firul tulburărilor dispoziționale, care au fost prezentate într-un continuum, încercându-se astfel zugrăvirea unui tablou de lucru cât mai amănunțit. Autorii au pornit cu o definire generală a tehnicii meditației bazate pe conștientizare în primul capitol; cel de-al doilea capitol cuprinde o descriere amănunțită a modelului de reducere a stresului prin intervenții cognitiv-comportamentale și cu ajutorul meditației bazate pe conștientizare; cel de-al treilea capitol a fost rezervat prezentării tehnicilor psihoterapeutice tradiționale utilizate în ameliorarea simptomatologiei depresive. Capitolul patru tratează tema terapiei prin acceptare și angajament (ACT), prezentând, totodată, modalități în care aceasta poate fi utilizată în tratamentul depresiei.

Următoarele capitole descriu atât aplicarea tehnicilor tradiționale și moderne, cât și practica meditației bazate pe conștientizare în tulburările anxioase, optimizarea calității vieții, tulburările de somn și tendința de amânare.

Volumul are o puternică tentă aplicativă, prezentând un număr apreciabil de studii de caz alături de numeroase exerciții de relaxare și de meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*).

Cartea se adresează în special studenților, masteranzilor și doctoranzilor din domeniul psihologiei și, totodată, psihologilor și psihoterapeuților, medicilor și celor care lucrează în domeniul asistenței sociale, dar și tuturor celor care doresc să-și îmbunătățească nivelul de înțelegere și echilibru al propriei ființe, urmând firul unei atitudini deschise față de cunoașterea sinelui și a lumii.

I
Meditația bazată pe conștientizare și hipnoterapia

Psihoterapia care utilizează tehnica meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) își are originile în străvechea filosofie budistă.

Aceasta propune oamenilor să-și orienteze în mod deliberat atenția asupra experiențelor interne (gânduri, stări afective, senzații), precum și asupra a ceea ce se petrece în jurul lor.

În același timp, demersul terapeutic implică o atitudine de curiozitate plină de bunăvoință și compasiune ce se alătură unei abordări a realității dintr-o nouă perspectivă.

Această abordare presupune și o atitudine nonevaluativă, de acceptare a ceea ce nu poate fi modificat, în locul luptei continue de a ține totul sub control pe care mulți oameni o pun în practică.

Învățând să trateze cu compasiune gândurile, senzațiile, stările afective sau comportamentele, persoana în cauză începe să devină mai tolerantă față de acestea și mai puțin tensionată ori nemulțumită.

Ce este meditația bazată pe conștientizare?

Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă starea în care subiectul acordă o atenție totală la ceea ce se petrece în prezent, fără tendințe evaluative (Stahl și Goldstein, 2010, p. 15).

Practicarea meditației bazate pe conștientizare își are originile în meditația budistă, dar într-o formă sau alta poate fi întâlnită și în cadrul altor sisteme filosofice și religioase: hinduism, islamism, iudaism sau taoism.

La ora actuală, practica meditației bazate pe conștientizare a fost scoasă din contextul religios și este acceptată ca tehnică psihoterapeutică și autoformativă, menită să-i ajute pe oameni să facă față stresului, durerii, bolii, anxietății sau depresiei.

Așa cum aminteam, meditația bazată pe conștientizare presupune observare și examinare atentă, în absența unei atitudini evaluative sau critice.

Această strategie poate fi aplicată situațiilor externe sau propriilor stări și conținuturi psihice și are menirea să-l ajute pe subiect să trăiască în prezent („aici-și-acum") și să devină conștient de sine însuși.

Pe măsură ce individul uman începe să sesizeze faptul că existența este un proces în continuă schimbare, el începe să accepte toate aspectele acesteia: durerea și plăcerea, teama și siguranța, tristețea și veselia.

Subiectul va învăța treptat să devină spectatorul imparțial al propriilor gânduri, senzații corporale sau stări afective cum ar fi teama, depresia, culpabilitatea, mânia sau rușinea și în felul acesta va putea ajunge la o atitudine de acceptare și liniște sufletească.

Meditația bazată pe conștientizare poate fi practicată în două moduri: în ședințe speciale de meditație sau în timpul unor activități cotidiene, când subiectul încetează să rememoreze la nesfârșit evenimente trecute sau să anticipeze evenimente viitoare, ancorându-se în prezent.

Sintetizând, meditația bazată pe conștientizare presupune (Orsillo și Roemer, 2011, pp. 83–84):

1. Observarea atentă
   - Subiectul învață să devină pe deplin conștient de gândurile, sentimentele, stările afective și imaginile care îi vin în minte.
   - Observarea în același timp a tuturor detaliilor mediului înconjurător.
2. Abordarea cu interes și curiozitate atât a experiențelor noi, cât și a celor familiare.
   - Atitudine deschisă față de experiențe;
   - Abordarea evenimentelor așa cum sunt ele și nu așa cum crede persoana că sunt, sau cum ar dori să fie acestea.
3. Adoptarea unei atitudini bazate pe compasiune față de propria persoană.
   - Observarea tendinței de a eticheta, judeca, evalua și reacționa față de evenimente;
   - Conștientizarea faptului că aceste reacții țin de natura umană;
   - Acceptarea a ceea ce nu poate fi controlat;

- Abordarea propriei persoane și a celorlalți cu grijă și bunăvoință;
- Abordarea propriilor experiențe cu aceeași atitudine bazată pe grijă și bunăvoință.

Yapko (2011) subliniază faptul că, în ultimii ani, meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) cu rădăcini budiste a început să pătrundă tot mai mult în domeniile psihologiei clinice și psihoterapiei pentru reducerea anxietății și stresului, pentru managementul durerii, depresiei și altor probleme legate de tulburările emoționale sau psihosomatice.

Acest tip de meditație propune clientului să se concentreze asupra momentului prezent, să fie deschis la experiențele prin care trece și să le accepte în loc să li se opună.

Așa cum am menționat anterior, meditația bazată pe conștientizare a fost acceptată de către oamenii de știință, în primul rând fiind semnalate dovezile clinice care au demonstrat utilitatea acesteia în tratamentul ariei anxios-depresive și nu numai.

Termenul de meditație bazată pe conștientizare are mai multe semnificații (Yapko, 2011, p. 2): este un sistem de gândire, o metodă de autocunoaștere, o cale spre iluminare și nu în ultimul rând un mod de viață.

Rădăcinile acestei abordări sunt mai vechi de 2 500 de ani și provin din filosofia budistă.

Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) pune accentul pe trăirea momentului prezent (*aici-și-acum*) în loc de analizarea și retrăirea permanentă a trecutului, care nu poate fi modificat, sau pe anticiparea unor evenimente viitoare despre care nu știm dacă se vor produce vreodată.

În același timp, această tehnică propune acceptarea condiției actuale a clientului în locul concentrării acestuia asupra insatisfacțiilor și modificărilor unor situații adesea nemodificabile.

Se propune, de asemenea, observarea atentă nonevaluativă a propriilor senzații, stări emoționale sau gânduri, fără autocritica permanentă, o sursă generatoare de depresie și anxietate.

Yapko (2011, p. 19) este de părere că atât hipnoza, cât și meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă două demersuri de natură experiențială.

Același autor citează o serie de definiții date meditației bazate pe conștientizare (Yapko, 2011, pp. 19–20):

- *Mindfulness* reprezintă procesul de concentrare deliberată a atenției asupra momentului prezent, într-un mod nonevaluativ (Kabat-Zinn, 2006);
- A practica meditația bazată pe conștientizare înseamnă a deține un bun autocontrol asupra propriei atenții: să concentrezi atenția acolo unde dorești și să o menții; iar atunci când dorești să o comuți, o vei putea face (Hanson și Mendius, 2009, p. 177).

Das (1997, pp. 21–22) prezintă o definiție descriptivă a meditației bazate pe conștientizare, în cadrul căreia caracterul experiențial este și mai evident:

> „Respiră, respiră încă o dată, zâmbește, relaxează-te, fii prezent acolo unde dorești să fii, fii natural, fără efort, deschide-te la noi experiențe, fii aici, în loc să realizezi ceva, lasă totul la o parte, lasă-te dus și bucură-te de momentul prezent; acesta este marele dar al meditației".

Deprinderile de meditație ce sunt introduse în demersul psihoterapeutic au scopul de a conduce clientul spre ameliorarea și optimizarea unor procese și funcții psihice. Acest caracter structurat și orientat spre scop este specific și hipnozei clinice (Yapko, 2011, p. 20).

Meditația bazată pe conștientizare aplicată în clinică diferă total de meditația realizată în scopul evoluției spirituale.

Această abordare are multe elemente comune cu hipnoza permisivă specifică școlii ericksoniene. Hipnoza este definită de Asociația Americană de Psihologie (1985) ca fiind o procedură în cadrul căreia un specialist din domeniul sănătății mentale sau un cercetător sugerează unui client, pacient sau subiect producerea unor modificări la nivelul unor senzații, percepții, gânduri sau comportamente. Contextul hipnotic este realizat prin intermediul unei proceduri de inducție. Deși există numeroase tehnici de inducție, majoritatea includ sugestii de relaxare, calm și bună stare psihică (Asociația Americană de Psihologie; Secțiunea de Hipnoză Psihologică, 1985). În timpul hipnozei, o persoană denumită subiect va fi ghidată de către o altă

persoană, numită hipnoterapeut să răspundă unor sugestii de modificare a experiențelor subiective, fie acestea percepții, emoții sau comportamente (Green, Barabasz, Barett și Montgomery, 2005, p. 263).

Yapko (2011, pp. 22–23) definește hipnoza medicală ca reprezentând un demers de administrare a unor sugestii de către un clinician în scopul facilitării unei stări de absorbție experiențială a clientului spre interiorul ființei sale, demers realizat în mod proactiv și colaborativ.

Clientul va experimenta o stare de disociere intrapsihică ce îi va permite să reacționeze la sugestii care se adresează unor niveluri diferite de conștiință și care au ca obiectiv utilizarea resurselor personale ale subiectului într-un mod direcționat.

Practicarea hipnozei presupune prezența unor abilități complexe de utilizare a limbajului verbal și nonverbal pentru atingerea unor obiective terapeutice, precum și a unor factori personali, interpersonali și cu caracter contextual, meniți să faciliteze demersul de influențare.

Hipnoza îi permite clientului să descopere resursele sale psihologice latente pe care le poate utiliza spre exemplu în combaterea durerii, în vederea reducerii anxietății, abandonării deprinderilor de risc sau îmbunătățirii performanțelor școlare, profesionale sau sportive.

Hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință în cadrul căreia se accentuează nivelul sugestibilității clientului. Astfel, acestuia îi pot fi induse cu mai multă ușurință modificări la nivelul unor procese psihice, funcții fiziologice și comportamente motorii.

Pe aceste mecanisme se bazează efectele terapeutice benefice ale hipnozei.

Starea hipnotică, denumită și stare de transă, poate fi indusă de către un hipnoterapeut sau de către subiectul însuși (autohipnoză).

De asemenea, maniera de inducție poate avea un caracter directiv, ca în cadrul hipnozei clasice, sau permisiv, ca în hipnoza de inspirație ericksoniană.

Hipnoza, relaxarea și meditația bazată pe conștientizare fac parte din aceeași mare familie a stărilor modificate de conștiință, caracteristica psihofiziologică a acestor stări fiind apariția ritmului alfa cerebral, ritm de veghe relaxată.

În cursul acestor stări se activează mecanismul de natură inconștientă ce funcționează predominant în emisfera cerebrală dreaptă și se accentuează nivelul sugestibilității subiectului.

Diferența dintre aceste stări ține de nivelul de profunzime, de caracteristicile inducției precum și de obiectivele terapeutice și de

stadiul de dezvoltare personală pe care le prezintă travaliul cu clientul, toate aceste elemente necesitând o atenție deosebită din partea hipnoterapeutului. Astfel, terapeutul clinician trebuie să cunoască și să explice pe cât posibil clientului o serie de aspecte legate de hipnoză, pentru a putea decide în mod colaborativ împreună cu clientul oportunitatea utilizării hipnozei sau a altor metode asemănătoare în cadrul tratamentului instituit.

Prezentăm aici câteva dintre cele mai importante constatări legate de aplicarea tehnicii hipnotice (Lynn și Kirsch, 2011):

- Hipnoza nu reprezintă un demers periculos atunci când este practicată de specialiști calificați în domeniul clinicii și al cercetării științifice (Lynn, Martin și Frauman, 1996 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Capacitatea de a intra într-o stare de transă hipnotică nu este un semn de slăbiciune sau un indiciu că subiectul ar avea un intelect mai slab (Barber, 1969 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Hipnoza nu reprezintă o stare de somn (Banyai, 1991, *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Majoritatea clienților care au trăit experiența hipnozei nu-și descriu starea ca fiind o transă, ci vorbesc despre o atenție concentrată asupra sugestiilor administrate (McConkey, 1986 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Profunzimea transei depinde într-o măsură mai mare de abilitățile și de motivația clientului decât de calitățile și deprinderile hipnoterapeutului (Hilgard, 1965 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Tehnicile de inducție hipnotică tradițională pot fi la fel de eficiente ca și cele cu caracter permisiv (Lynn, Neufeld și Marl, 1993 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).
- Toate modificările în domeniul senzorial, psihosomatic și motor pot fi obținute și în afara inducției hipnotice în relaxare, meditație și uneori chiar în stare de veghe (Lynn și Kirsch, 2011).
- În cursul hipnozei, subiecții nu-și pierd capacitatea de autocontrol, pot refuza sau chiar se pot opune sugestiilor induse (Lynn, Rhue and Weeks, 1990 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).

- Amnezia posthipnotică spontană este relativ rară (Simon și Salzberg, 1985 *apud* Lynn și Kirsch, 2011).

Pentru exemplificarea acestei tehnici redăm mai jos un scenariu de inducție hipnotică adaptat de noi după Lynn și Kirsch (2011, pp. 58–59):

„Așezați-vă într-o poziție comodă, culcat pe spate cu capul ușor ridicat pe o pernă, sau așezat într-un fotoliu, cu capul sprijinit și brațele așezate comod pe brațele fotoliului. Lăsați corpul foarte moale, relaxat, liniștit. Imaginați-vă acum că vă aflați la capătul unei scări cu zece trepte. Atunci când veți ajunge la capătul scării veți fi surprins să remarcați cât de relaxat, de calm, de liniștit vă simțiți. Vă voi cere acum să vă imaginați cum coborâți scara treaptă cu treaptă... treaptă cu treaptă... Inspirați și expirați calm, liniștit, cu expirația mai lungă decât inspirația, în timp ce coborâți scara treaptă cu treaptă. Inspirați și expirați și vă simțiți tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai liniștit...

Odată cu fiecare expirație și odată cu fiecare treaptă corpul vostru se va relaxa tot mai mult, tot mai mult, brațele vor deveni tot mai grele, picioarele tot mai grele, corpul tot mai relaxat.

În momentul acesta nici eu, nici dumneavoastră nu vom ști cât de relaxat veți fi, cât de profundă va fi starea în care vă veți afla... dar acest lucru nu este important... ceea ce este important este cât de bine, cât de confortabil vă veți simți, ce senzație de calm, de relaxare, de destindere veți trăi.

Este bine așa. Eu voi începe să număr, în timp ce vă voi conduce pașii pe scară, coborând către o stare de relaxare tot mai profundă, mai confortabilă, tot mai odihnitoare...

Vă veți simți calm, relaxat, liber, în deplină siguranță. Doar ascultați vocea mea fără să întreprindeți nimic special... Lăsați-vă dus de vorbele mele, de vocea mea care vă însoțește...

Unu... coborâți o treaptă... lăsați picioarele să se relaxeze în timp ce vă imaginați cum coborâți prima treaptă. Rând pe rând vă cuprinde o stare de calm, de liniște, de destindere... Aveți mult timp la dispoziție.

Doi... picioarele se relaxează tot mai mult în timp ce mai coborâți o treaptă... Vă simțiți tot mai relaxat, tot mai relaxat ca atunci când sunteți pe cale de a adormi.

Vă relaxați tot mai mult, mai mult și mai mult... simțiți o stare de calm și deplină siguranță...

Trei... ați coborât acum trei trepte ale scării și vă simțiți tot mai relaxat, tot mai destins... tot mai calm. Vă lăsați purtat spre o stare de relaxare tot mai profundă, odată cu fiecare respirație. Inspirați și expirați, devenind tot mai relaxat, tot mai destins... cuprins de un val de liniște, de relaxare și calm... poate că nu vă gândiți la nimic sau, dimpotrivă, vă simțiți deschis și receptiv la ceea ce va urma...

Vă simțiți brațele și picioarele grele și calde sau aveți o senzație de plutire, de zbor...

Patru... relaxați labele picioarelor, gambele, coapsele, șoldurile. Aveți mult timp la dispoziție, foarte mult timp...

Vă simțiți foarte relaxat, ca atunci când vă pregătiți de somn... sau ca atunci când abia v-ați trezit după un somn profund și odihnitor.

Cinci... ați coborât cinci trepte pe scara imaginară... vă aflați la jumătatea drumului. Simțiți o stare de liniște și calm care vă cuprinde zona abdomenului. Sunteți tot mai calm, tot mai relaxat...

Doriți să adânciți starea de transă și să deveniți tot mai receptiv la noi idei, imagini, sentimente, având însă controlul total asupra a ceea ce se petrece și explorând noi posibilități și opțiuni care se deschid în fața dumneavoastră sau doriți să mențineți starea în care vă aflați, fără efort, cu calm, simțind destinderea și relaxarea care vă cuprind tot mai mult... tot mai mult...

Întreprindeți ceea ce doriți să întreprindeți și nimic altceva... poate doar să vă ajustați poziția și să mențineți o stare tot mai plăcută, tot mai confortabilă.

Șase... ați mai coborât o treaptă, ați parcurs până acum șase trepte. Simțiți o senzație de calm și relaxare în zona toracelui. Simțiți cum toate zonele corpului se relaxează tot mai mult... tot mai mult... devin tot mai relaxate...

Șapte, mai coborâți o treaptă... Simțiți cum brațele voastre devin tot mai relaxate, tot mai relaxate... Sunteți tot mai relaxat, nimic nu vă tulbură liniștea. Realizați faptul că timpul se scurge mai încet, tot mai încet... Credeți că puteți pătrunde într-o stare și mai profundă... și mai odihnitoare?... Ați dori să vă simțiți

tot mai calm, tot mai relaxat, în deplină siguranță? De fapt, contează mai puțin cât de profundă este starea de relaxare, ci mai curând faptul că vă simțiți calm, relaxat, destins...

Opt... ați coborât opt trepte pe scara dumneavoastră imaginară... mai aveți puțin până la capătul scării și curând veți ajunge într-un loc unde vă veți simți și mai calm și mai relaxat, în deplină siguranță...

Inspirați și expirați profund și liniștit, lăsându-vă cuprins de o stare de relaxare profundă, odihnitoare. Simțiți o liniște interioară care cuprinde trupul și mintea și curând veți ajunge în locul dumneavoastră plăcut și odihnitor, în locul special în care vă veți simți relaxat și total centrat asupra propriei persoane.

Nouă... ați coborât deja nouă trepte...

Sunteți conștient de cât de relaxați sunt ochii, obrajii, maxilarele, ceafa și gâtul sau poate trăiți un fel de stare de reverie în care nu vă gândiți la nimic...

Zece... ați ajuns la a zecea treaptă a scării, unde vă veți simți atât de relaxat, atât de destins, într-o stare de relaxare profundă, odihnitoare...

Este cea mai plăcută, cea mai profundă stare de relaxare pe care ați atins-o până acum... o stare plăcută de relaxare, calm, liniște și pace interioară".

Atât hipnoza, cât și meditația bazată pe conștientizare și-au dovedit utilitatea în managementul stresului pentru că îi permit subiectului să-și ofere un moment de răgaz în lumea competitivă și agitată în care trăim astăzi cu toții.

O serie de studii clinice au evidențiat rolul hipnozei și meditației bazate pe conștientizare în tratamentul unor afecțiuni diverse.

Astfel, hipnoza a fost utilizată cu succes în:

- tratamentul tulburărilor anxioase (Mellinger, 2010);
- depresii și prevenirea recăderilor în depresii (Alladin, 2010; Yapko, 2006);
- tulburarea de stres posttraumatic (Spiegel, 2010);
- controlul durerii (Patterson, 2010);
- tulburările psihosomatice (Flammer și Alladin, 2007).

La rândul său, meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) și-a dovedit utilitatea într-o serie de tulburări psihice și somatice:

- în reducerea anxietății și a efectului stresului (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller și Patterson, 1992);
- întărirea sistemului imunitar (Solberg, Halvorsen, Sundgat-Borgen, Ingier și Holen, 1995);
- în tratamentul abuzului de alcool și droguri (Bowen *et al.*, 2006).
- în combaterea durerii (Kabat-Zinn *et al.*, 1985).

Yapko (2011) subliniază faptul că nu hipnoza sau meditația bazată pe conștientizare are efect terapeutic prin ea însăși, ci conținutul asupra căruia își focalizează atenția subiectul, el fiind cel care contribuie la actualizarea disponibilităților latente și la crearea unor noi asociații. De asemenea, autorul menționat consideră că atât hipnoza, cât și meditația bazată pe conștientizare ghidează clientul să se concentreze și să se lase absorbit de anumite experiențe sugerate, experiențe cu caracter general (destinderea, conștientizarea unor stări) sau specifice (concentrarea asupra înlăturării senzației dureroase dintr-o anumită zonă a corpului).

Etapele demersului hipnotic sunt următoarele (Yapko, 2011, p. 64):

1. Pregătirea clientului (hipnoterapeutul va furniza informații asupra proceselor de natură experiențială care au loc în timpul transei, va construi expectații pozitive pentru obținerea succesului și se va asigura de colaborarea clientului).
2. Orientarea atenției asupra experiențelor sugerate și realizarea absorbției în trăirea acestora.
3. Inducția hipnotică sau concentrarea de tip meditativ (focalizare, atenție selectivă).
4. Construirea setului de răspunsuri pozitive care se accentuează pe măsură ce se derulează ședința de terapie (terapeutul va contribui prin metode specifice la atingerea obiectivelor terapeutice care vor fi atinse treptat, pe măsură ce se adâncește transa).
5. Utilizarea terapeutică (administrarea unor sugestii în direcția schimbării); vor fi administrate sugestii directe sau indirecte cu scopul de a modifica experiențele interne ale

clientului în avantajul acestuia din urmă, conform planului terapeutic stabilit și acceptat de comun acord.
6. Întărirea noilor percepții și comportamente, realizarea unor asociații între acestea, precum și conectarea lor cu alte aspecte ale existenței persoanei (se realizează de obicei prin intermediul sugestiilor posthipnotice).
7. Revenirea și reorientarea persoanei *aici și acum* (ghidarea subiectului să iasă din starea modificată de conștiință).

Meditația bazată pe conștientizare cuprinde numeroase elemente de natură hipnotică, sugestiile terapeutice contribuind la trăirea intensă a unor experiențe de natură sugestivă.

Yapko (2011, pp. 66–72) prezintă un scenariu de meditație bazată pe conștientizare, elaborat de Hanson și Mendins în 2009, încercând să demonstreze astfel asemănările dintre acest tip de meditație și hipnoză. Iată redate mai jos câteva fragmente din cadrul acestui scenariu adaptat după Yapko (2011):

Etapa întâi: pregătirea clientului.

„Adoptați o poziție de relaxare comodă, cu spatele drept. Meditația vă va ajuta să înțelegeți cum funcționează mentalul vostru, ce simt cei care sunt mai calmi, mai liniștiți, mai intuitivi și mai fericiți după ce au practicat acest tip de exercițiu. Meditația bazată pe conștientizare reprezintă o poartă către trăirea unor noi experiențe pozitive și către integrarea lor în viața voastră."

Această introducere cuprinde sugestii indirecte legate de faptul că alți oameni au reușit să beneficieze de pe urma meditației bazate pe conștientizare. Este prezentă și metafora „porții", prin care subiectul poate să pășească pentru a atinge noi experiențe și prin care intră și se eliberează de problemele sale.

Etapa a doua: orientarea atenției și absorbția psihică în experiențele subiective sugerate.

„Alegeți un loc liniștit, plăcut, unde să vă puteți concentra asupra propriei persoane fără a fi deranjat.

Puteți medita în timp ce stați în picioare, vă plimbați, stați întins pe spate sau așezat, cu spatele drept. Majoritatea oamenilor preferă poziția șezând.

Meditați atâta timp cât vă doriți să o faceți. Puteți începe cu cinci minute și apoi măriți perioada de timp fără a vă forța în vreun fel."

Se observă sugestia indirectă de a adopta o poziție șezândă („majoritatea persoanelor o preferă..."), apoi sugestia directă de a medita atât timp cât subiectul crede de cuviință și sugestia indirectă legată de faptul că o perioadă mai lungă de timp ar fi mai utilă.

Etapa a treia: inducția hipnotică sau concentrarea de tip meditativ.

„Relaxați tot corpul în timp ce inspirați și expirați lent și liniștit. Ochii pot rămâne deschiși sau închiși.

Inspirați și expirați, relaxați toți mușchii.

Conștientizați toate sunetele și zgomotele din încăpere și lăsați-le să se ducă.

Inspirați și expirați... Inspirați și expirați... Inspirați și expirați...

Lăsați la o parte toate necazurile, grijile, problemele, în timp ce stați relaxați și respirați lent. Veți reveni la problemele cotidiene după ce meditația se va sfârși."

Se semnalează prezența unor sugestii directe de relaxare și concentrarea asupra respirației, precum și a sugestiei permisive de a menține ochii deschiși sau închiși.

Apar de asemenea și sugestii directe de detașare de experiențele senzoriale și sugestii indirecte de disociere intrapsihică, precum și sugestii de disociere și detașare de grijile și problemele cotidiene.

Etapa a patra: construirea setului de răspunsuri pozitive.

„Concentrați-vă toată atenția asupra respirației, fără a încerca să o controlați...

Simțiți cum o senzație plăcută de răcoare vă cuprinde odată cu aerul inspirat și percepeți senzația de căldură odată cu aerul expirat.

Simțiți cum abdomenul se ridică ușor la inspirație și coboară ușor la expirație."

Aici observăm existența sugestiilor directe de concentrare asupra respirației și de evitare a controlării acesteia. Sugestia directă de acceptare a respirației este în același timp și o sugestie indirectă de detașare de vorbirea interioară cu caracter critic (pe care oamenii o fac cu precădere). Tot în acest segment întâlnim atât sugestii directe de concentrare asupra unor senzații legate de respirație (temperatură, mișcare), cât și sugestii indirecte de detașare de ceilalți stimuli exteriori.

Etapa a cincea: utilizarea terapeutică (administrarea unor sugestii de schimbare).

„Concentrați-vă în continuare atenția asupra respirației; inspirați și expirați. Inspirați și numărați până la patru, expirați și numărați până la opt. Reveniți la unu dacă mintea voastră are tendința de a vagabonda...

Readuceți încet atenția asupra actului respirator: inspirați și expirați lent, în timp ce numărați.

Fiți îngăduitor cu propria persoană. De îndată ce vă vin în minte alte imagini sau gânduri reveniți ușor la respirație.

Observați dacă ați reușit să vă concentrați asupra a șase respirații. Pe măsură ce inspirați și expirați, lăsați-vă tot mai mult absorbit de experiența trăită."

Aici întâlnim sugestii directe de concentrare asupra respirației, de asociere a actului respirator cu numărarea, de normalizare a tendinței mentalului de a fugi, de a avea o atitudine permisivă față de propria persoană, de a menține atenția concentrată pe o durată de cel puțin șase respirații.

De asemenea, putem identifica sugestii directe de adâncire a stării și de absorbție psihică în experiențele trăite, împreună cu sugestiile indirecte de detașare față de alți stimuli perturbatori.

Etapa a șasea: elaborarea de noi asociații.

„Utilizând respirația ca pe un fel de ancoră, conștientizați și celelalte gânduri sau imagini care vă vin în minte. Conștientizați

gândurile, sentimentele, dorințele, planurile, imaginile și amintirile care vă trec prin minte. Acceptați-le ca atare, ca fiind ceea ce sunt. Nu luptați împotriva lor și nu vă lăsați fascinați de ele. Acceptați cu bunăvoință tot ceea ce se perindă prin câmpul conștiinței. Inspirați și expirați trăind un sentiment de calm, liniște, pace interioară. Conștientizați natura schimbătoare a tuturor conținuturilor care vă trec prin minte. Remarcați cum vă simțiți atunci când sunteți prinși în capcana propriilor gânduri, amintiri, sentimente și cum vă simțiți atunci când le lăsați să treacă de la sine. Conștientizați starea de pace profundă și senină."

În acest segment se remarcă sugestiile directe de asociere a actului respirator cu o serie de experiențe psihice care vizează viitorul și care vor acționa în sens posthipnotic. De asemenea, întâlnim sugestii directe de acceptare a experiențelor și de a evita atât lupta împotriva lor, cât și căderea în capcana întinsă de acestea.

Etapa a șaptea: revenirea și reorientarea subiectului.

„Atunci când considerați necesar, reveniți din meditație în ritm personal. Reveniți treptat *aici și acum* și observați cum vă simțiți.

Bucurați-vă de liniștea și de pacea profundă pe care ați putut să le trăiți timp de câteva minute, precum și de beneficiile pe care vi le-a oferit exercițiul realizat."

În această ultimă parte sunt evidențiate sugestiile directe de încheiere a experienței și de evaluare a efectelor sale pozitive. De remarcat sugestia indirectă de detașare a clientului de orice fel de experiență negativă.

Prezentăm mai jos un scenariu de inducție hipnotică pentru tolerarea ambiguității (adaptat după Yapko, 2011, p. 81) pentru a ilustra asemănările dintre hipnoza clinică permisivă și meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*).

Autorul subliniază faptul că mai ales persoanele care dezvoltă o simptomatologie anxioasă și depresivă sunt cele care tolerează cu dificultate situațiile de incertitudine. Acest fapt este cauzat de tendința acestora de a realiza proiecții cu conținut negativ asupra viitorului.

Etapa I. Pregătirea clientului.

„Adoptați o poziție comodă, culcat sau așezat într-un fotoliu cu spatele sprijinit și ascultați cu atenție ceea ce vă voi spune:

Viața ne oferă nenumărate posibilități.

Pe care dintre ele o vom alege depinde de sistemul nostru de valori, de lucrurile despre care am învățat că sunt importante. Nevoia de a înțelege și de a explica ceea ce se întâmplă reprezintă o tendință firească a ființei umane. Oamenii au o mare nevoie de sensuri, de explicații pentru a înțelege ceea ce se petrece. Ei caută să înțeleagă ce se întâmplă cu ei înșiși, cu ceilalți, caută să înțeleagă acțiunile proprii și ale altora, sau ceea ce se întâmplă în lume. Stările afective pe care le trăim sunt strâns legate de modul în care ne explicăm ceea ce ni se întâmplă, ceea ce se petrece în jurul nostru, iar situațiile ambigue reprezintă factorii de stres."

Etapa a II-a. Orientarea în direcția transei.

„Ați mai experimentat stări de transă hipnotică, relaxare, meditație sau rugăciune?

Chiar dacă ați mai trăit sau nu astfel de stări minunate de concentrare a atenției spre interior și de uitare de sine, vă puteți permite ca, în poziția comodă în care stați, să vă dați voie să trăiți satisfacția unei astfel de experiențe."

Etapa a III-a. Inducția hipnotică.

„Poate că ați mai avut de-a lungul vieții situații în care v-ați relaxat, v-ați concentrat spre interiorul ființei voastre și v-ați lăsat total absorbiți de experiențele trăite, de experiențele plăcute, odihnitoare, confortabile...

Ați simțit poate plăcerea de a vă afla undeva în natură, într-un loc frumos, admirând peisajul sau poate ați fost atât de absorbiți de propria persoană și v-ați cufundat în experiențe agreabile, relaxante, plăcute...

Poate că veți trăi din nou aici aceste minunate senzații de calm, relaxare, destindere, confort... devenind conștienți de faptul că aceste trăiri se petrec chiar acum..."

Etapa a IV-a. Construirea setului de răspunsuri.

„Vă voi spune lucruri diferite care să vă ajute să vă relaxați tot mai mult... și mai mult... veți ști care dintre vorbele mele vă vor ajuta mai mult să intrați în starea de relaxare profundă și odihnitoare, plăcută și confortabilă... și nu veți ști exact despre ce voi vorbi... ce vă voi spune și ce anume vă va ajuta mai mult, iar pe măsură ce vă destindeți veți începe să vă raportați diferit la propria persoană, fără să știți exact care va fi momentul în care vă veți simți atât de destinși... și veți avea trăiri minunate în timp ce descoperiți noi posibilități..."

Etapa a V-a. Utilizarea terapeutică (administrarea sugestiilor în direcția schimbării).

„Pe măsură ce deveniți tot mai relaxat, pe măsură ce conștientizați experiențele prin care treceți, veți începe să înțelegeți incertitudinile vieții de zi cu zi... diferitele posibilități pe care vi le oferă viața...

Puteți retrăi o experiență de viață banală în care ați telefonat cuiva sau i-ați scris un mesaj și, atunci când nu ați primit răspunsul într-un timp rezonabil, ați început să vă întrebați ce se întâmplă... Veți realiza faptul că mintea voastră vagabondează, dar nu știți care este realitatea... Vă gândiți la faptul că persoana respectivă poate este ocupată sau că nu a primit mesajul sau că poate vă evită. Există multe, multe explicații pentru care nu ați primit răspunsul la mesaj... De unde să știți care este adevăratul răspuns... Ține de natura umană să căutăm explicații pentru tot felul de situații... dar reacția corectă este să ne formăm deprinderea de a diferenția simplele speculații de situațiile în care avem certitudinea că lucrurile stau într-un anume fel.

Ceea ce este important este să reacționăm la diverse situații în cunoștință de cauză... Iar atunci când dorim să înțelegem de ce o persoană nu ne răspunde la mesaj sau alte multe probleme legate de comportamentul oamenilor... este nevoie să conștientizăm faptul că una dintre cele mai importante particularități ale psihicului uman este această căutare permanentă de explicații, de sensuri... Iar faptul că mintea noastră poate genera atât de multe explicații ne arată de fapt că noi nu știm întotdeauna

de ce se întâmplă lucrurile așa... putem presupune, putem ghici, dar nu dispunem de o explicație precisă și este foarte corect să recunoaștem că nu știm care este realitatea.

Este un semn de onestitate să recunoaștem că nu știm de ce se petrece un anumit lucru, decât să oferim rapid o explicație care ar putea fi greșită sau care ar putea să ne dăuneze.

Este mult mai sănătos să ne păstrăm calmul și să acceptăm lucrurile așa cum sunt ele, atunci când nu știm exact de ce se petrec așa... și oricâte întrebări ne-am pune, nu putem găsi răspunsul corect... este mai bine să conștientizăm și să acceptăm cu calm aceste situații."

Etapa a VI-a. Întărirea noilor asociații și conectarea lor cu experiențele viitoare (sugestiile posthipnotice).

„În viitor, atunci când vă veți confrunta cu evenimente sau situații importante și veți avea tendința de a vă oferi multiple explicații, conștientizați faptul că nu cunoașteți răspunsul. Înainte de a trage vreo concluzie, ar fi de dorit să vă adresați întrebarea: „De unde știu acest lucru?" Iar dacă răspunsul va fi: „Simt sau cred că așa stau lucrurile", conștientizați faptul că sunteți pe cale să trageți o concluzie subiectivă.

Există atât de multe fenomene care așteaptă să fie descoperite... așa că lăsați-vă mentalul să exploreze plin de curiozitate ceea ce poate să fie sau poate să nu fie și, pe măsură ce dobândiți experiență de viață, veți ajunge treptat să trageți concluzii tot mai obiective, tot mai apropiate de adevăr.

Etapa a VII-a. Revenirea din transă și reorientarea la realitate.

„V-am vorbit despre multiplele modalități de recunoaștere și tolerare a incertitudinii și ambiguității situațiilor de viață. Curând vom pune capăt acestor experiențe și veți reveni treptat, *aici și acum*. Veți continua să procesați mental cele trăite și să vă însușiți acele elemente despre care credeți că vă pot fi de ajutor. Atunci când sunteți pregătit să o faceți, reveniți, în ritm personal, *aici și acum*... devenind treptat tot mai conștient, tot mai prezent *aici și acum*... și atunci când veți fi pregătit, deschideți ochii."

Orsillo și Roemer (2011, p. 82) se referă la întrebările și obiecțiile pe care și le adresează frecvent clienții cărora li se propune acest gen de terapie. Redăm mai jos câteva dintre acestea:

1. Reprezintă meditația bazată pe conștientizare o tehnică specifică filosofiei budiste? Ce se întâmplă dacă un client are alte convingeri religioase?

Răspunsul dat de autori este următorul: deși termenul de *mindfulness* își are originile în budism, psihologia modernă a început să accepte această strategie terapeutică autoformativă ce este desprinsă de contextul religios în care a apărut.

Studiile au demonstrat că practicarea meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) poate ameliora comportamentele fizice și psihice ale unei persoane (Erisman și Roemer, 2012).

2. Cât timp este necesar să aloce un client acestei practici?

Conform autorilor menționați, studiile au evidențiat faptul că alocarea unui interval mai mare de timp sporește eficiența tehnicii terapeutice. Cu toate acestea, rezultate pozitive au obținut și acei subiecți care nu făceau altceva decât să se concentreze asupra respirației de câteva ori pe parcursul unei zile.

Mai mult, se subliniază că timpul alocat meditației și respirației conștientizate merită efortul, pentru că oamenii vor putea să realizeze ulterior alte activități și cu o satisfacție sporită.

3. Ce se întâmplă dacă subiectul consideră că nu are structura psihică potrivită pentru o astfel de practică?

Mulți dintre clienții occidentali întâmpină dificultăți atunci când sunt invitați să adopte o stare de liniște și să se autoobserve. Cu toate acestea, meditația bazată pe conștientizare reprezintă o strategie care se învață și se exersează. Astfel, terapeuții pot propune acest tip de strategie clienților anxioși atunci când alte intervenții nu au permis obținerea rezultatelor scontate.

4. Reprezintă meditația bazată pe conștientizare o formă de yoga?

Răspunsul este și da, și nu. Meditația yoghină are multe elemente comune cu tehnica *mindfulness* bazată pe conștientizare. Ceea ce aduc nou terapeuții este experiența științifică dobândită în urma practicării acestei tehnici în tratamentul tulburărilor emoționale.

5. Reprezintă meditația bazată pe conștientizare o formă de relaxare?

În unele situații, tehnica meditației bazate pe conștientizare poate conduce la instalarea unei stări de relaxare, în timp ce în altele nu se va produce acest lucru.

Acest tip de tehnică are drept scop concentrarea atenției subiectului asupra momentului prezent. În cazul în care subiectul trăiește în prezent stări emoționale negative, meditația bazată pe conștientizare îl va ajuta să le trăiască în alt mod, doar ca experiență, permițându-i astfel să-și deruleze existența echilibrat, în ciuda suferințelor percepute la momentul respectiv.

Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) se poate realiza fie în poziție culcat pe spate, cu o pernă de mici dimensiuni sub cap, brațele pe lângă corp, picioarele întinse, fie într-o poziție utilizată pentru meditație, în funcție de opțiunea persoanei implicate în acest proces (șezând pe genunchi; în poziția lotus; șezând turcește; așezat pe un scăunel menținând spatele drept, nesprijinit, cu umerii relaxați).

Redăm mai jos un exercițiu de conștientizare a respirației care poate fi efectuat de oricine zilnic, vreme de 5 minute. Acest exercițiu este inspirat din tehnicile străvechi de Hatha-Yoga.

„Adoptați o poziție comodă, cu spatele drept, închideți ochii și fixați un punct mental undeva într-o zonă a corpului. Sau rămâneți cu ochii deschiși și fixați un punct pe podea sau undeva în raza privirii voastre. Acordați atenție respirației.

Inspirați și expirați liniștit, cu expirația mai lungă decât inspirația. Utilizați ritmul ½ (1 inspirație/2 expirații sau multiplii). Continuați să acordați atenție respirației.

Atunci când mintea voastră tinde să vagabondeze, o readuceți cu calm înapoi, concentrându-vă asupra actului respirator.

Dacă apar imagini sau gânduri nedorite, le alungați ușor și vă concentrați asupra actului respirator. Continuați să acordați atenție respirației.

Este bine să faceți apel la respirația abdominală, în cadrul căreia la inspirație abdomenul se ridică ușor, iar la expirație se retrage. Continuați să acordați atenție respirației."

Meditația bazată pe conștientizare reprezintă un proces evolutiv și nicio persoană nu atinge de la început această stare. Oamenii se identifică de cele mai multe ori cu gândurile, emoțiile sau senzațiile fiziologice pe care le trăiesc în diversele momente ale vieții. În cazul utilizării meditației bazate pe conștientizare, aceștia învață să facă un pas înapoi, măcar pentru moment, și să observe detașat respectivele senzații, imagini, gânduri sau emoții.

Deși observațiile empirice au demonstrat faptul că motivarea realizată prin intermediul autocriticii durează foarte puțin, majoritatea oamenilor continuă să fie convinși de rolul benefic al acesteia în demersul de schimbare. Gândurile cu conținut autocritic se formează în urma interacțiunilor cu membrii familiei, profesorii, șefii sau colegii, interacțiuni care îl învață pe individ că nu este bine să nutrească anumite gânduri, să trăiască anumite emoții sau să se comporte într-un anume fel.

Persoanele aflate în luptă cu stresul și anxietatea consideră adesea că tehnica meditației bazate pe conștientizare le poate ajuta în principal să se relaxeze și să-și găsească liniștea.

Centrarea atenției asupra respirației sau complexul de exerciții utilizate în cadrul meditației poate să liniștească uneori subiectul, dar meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă mai mult decât atât.

Această tehnică are menirea de a-l ajuta pe client să se autocunoască și să realizeze schimbări în existența sa astfel încât să obțină mai mult echilibru, satisfacții și împliniri (Orsillo și Roemer, 2011, p. 88). Meditația bazată pe conștientizare este în esență un demers complet diferit de trăirea cotidiană a gândurilor sau a stărilor afective disfuncționale.

Orsillo și Roemer (2011, p. 94) recomandă în continuare un alt exercițiu de conștientizare a stărilor negative:

> „În timp ce stați relaxat într-o poziție șezând, cu spatele drept, concentrați-vă asupra respirației timp de cinci minute. Observați apoi reacțiile anxioase pe măsură ce acestea apar. Observați gândurile, stările afective și senzațiile care însoțesc anxietatea. Observați, de asemenea, judecățile de valoare pe care le faceți atunci când trăiți aceste stări. Adoptați o atitudine de autocompasiune, spunându-vă în gând că toate aceste reacții sunt specifice ființei umane. Observați și notați în mintea voastră toate aceste lucruri."

Aceiași autori mai oferă câteva indicații clienților care învață tehnica meditației bazate pe conștientizare (Orsillo și Roemer, 2011, pp. 94–95):

- Pe măsură ce practicați exercițiul acesta deveniți tot mai conștienți de starea voastră internă, cât și de ceea ce vă înconjoară.
- Observați modul în care câmpul atenției se îngustează; permiteți-i să se extindă.
- Adoptați o atitudine bazată pe răbdare și observați tendința mentalului de a părăsi momentul prezent și de a se fixa pe altceva.
- Observați maniera în care realizați judecățile de valoare clasificând trăirile voastre în bune sau rele, corecte sau greșite.
- Observați tendința de a vă fixa asupra unor stări afective pozitive (calm, liniște, mulțumire) și de a le respinge pe cele negative (îngrijorare, tristețe).
- Remarcați tendința de a considera că știți deja cum stau lucrurile; mai bine observați deja cum stau lucrurile; mai bine observați lucrurile așa cum sunt ele în realitate.
- Practicați exercițiul acceptând faptul că toate aceste reacții sunt elemente specifice naturii umane.

Această tehnică psihoterapeutică nu îl va împiedica pe client să mai aibă gânduri negative, sau sentimente de teamă, frustrare, mânie sau depresie, ci îl va ajuta să observe aceste reacții pe măsură ce apar, în așa fel încât să le poată stopa intensificarea și acestea să nu mai pună stăpânire pe întreaga sa existență.

Practicarea exercițiilor de meditație bazată pe conștientizare trebuie realizată treptat. Astfel, dacă în cadrul unei intervenții tehnica va fi aplicată la început cu un client care este relativ liniștit, aceasta va fi ulterior extinsă, în funcție de tabloul clinic, asupra unor situații de pildă stresante pe care respectivul le poate semnala terapeutului.

Cercetările au demonstrat faptul că practicarea cu regularitate a acestei tehnici contribuie la reducerea anxietății, insomniilor, stresului, riscului de a declanșa afecțiuni coronariene, consumului de substanțe, depresiei și durerilor cronice (Thompson *et al.*, 2011; Czech, Katz și Orsillo, 2011).

În același timp, practicile respective contribuie la ameliorarea calității vieții, a relațiilor interpersonale, a activității sexuale, a capacității de concentrare a atenției, a funcționării sistemului imunitar, a ameliorării unor afecțiuni dermatologice, diabetului, stării de sănătate fizică și psihică, precum și la optimizarea longevității (Orsillo și Roemer, 2011, pp. 97–98).

Execițiile specifice meditației bazate pe conștientizare se pot realiza fie într-un loc liniștit, în care clientul se relaxează timp de câteva minute pe parcursul unei zile, având o durată, în funcție de capacitatea fiecărui individ, de concentrare, între 5 până la 40 de minute; acestea se pot desfășura și în timpul activităților cotidiene pe care fiecare persoană le desfășoară pe durata unei zile, de la mersul pe jos până la spălatul vaselor etc.

Orsillo și Roemer (2011, pp. 100–102) prezintă o serie de direcții pentru practicarea exercițiilor de meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*):

- Clientul alege un anumit moment al zilei pentru a practica exercițiile (acesta poate fi dimineața, la prânz sau seara, înainte de culcare), astfel ele vor deveni o rutină zilnică.
- Exercițiile trebuie realizate într-un spațiu special, unde clientul este liniștit și nu riscă să fie deranjat. Se pot așeza în acel spațiu obiecte adecvate (lumânări, bețișoare parfumate, imagini sugestive) și se poate utiliza un fond muzical. Toate aceste elemente au menirea de a crea o condiționare benefică pentru practicarea meditației bazate pe conștientizare.
- La începutul practicării exercițiilor, subiectul poate utiliza un ceas care să semnalizeze expirarea perioadei acordate travaliului în sine. Este de preferat ca durata acestor exerciții să se situeze la început între 5 și 10 minute și apoi intervalul de timp să fie extins până la 40–45 de minute.
- Exercițiile trebuie realizate cu regularitate, chiar dacă intervalul de timp pe care și-l acordă clientul este mai scurt.
- Subiectul trebuie să observe gândurile care îi vin în minte, afectele și obstacolele care apar în calea practicii sale și să exerseze chiar și atunci când simte că nu ar trebui să o facă.
- Clientul va cunoaște faptul că exercițiul nu va fi întotdeauna agreabil, obiectivul fiind aducerea atenției înapoi la

momentul prezent, ori de câte ori aceasta are tendința să fluctueze.
- Cheia succesului constă în atitudinea îngăduitoare a clientului față de propriile eșecuri, deoarece schimbarea unui comportament și formarea unei noi deprinderi nu sunt procese liniare, ci mai degrabă unele sinuoase, cu multe suișuri și coborâșuri.
- Practicarea exercițiilor de meditație bazată pe conștientizare necesită o monitorizare regulată.

Abilitățile care se formează în urma practicării meditației bazate pe conștientizare (Orsillo și Roemer, 2011, pp. 106–107) sunt următoarele:

- Focalizarea atenției

Subiectul devine conștient de punctul în care este concentrată atenția sa și de câte ori aceasta este pe cale să fluctueze. Atunci când atenția se abate de la obiectul concentrării sale, clientul va reuși să o aducă înapoi liniștit, fără forțare.

Tehnica presupune și capacitatea de a extinde câmpul atenției care adesea este focalizat asupra unor potențiale pericole (mai ales când este vorba despre un client anxios). Acesta reușește pe măsură ce exersează să sesiseze și alte aspecte ale situației prezente, alte senzații sau stări afective.

- Trăirea în prezent („aici și acum")

Clientul care este așezat într-o poziție de lucru relaxată, concentrându-se asupra respirației, va învăța să readucă atenția treptat în momentul prezent atunci când mentalul se focalizează asupra unor amintiri sau asupra îngrijorărilor legate de viitor.

- Atitudinea bazată pe autocompasiune

Adesea, gândurile care îi vin în minte clientului care practică aceste exerciții sunt bazate pe evaluări autocritice („Nu voi reuși niciodată să realizez aceste exerciții"; „Îmi pierd timpul"; „Nu sunt potrivit pentru astfel de lucruri").

Atunci când sesizează apariția unor astfel de gânduri, clientul se va raporta la propria persoană cu calm, înțelegere și compasiune, lăsând deoparte acest tip de critică.

- **Abordarea propriilor trăiri ca și cum ar fi în permanență lucruri noi**

Clientul își privește trăirile, cogniţiile, drept ceea ce sunt și nu drept ceea ce el consideră că ar trebui să fie acestea, abordându-le astfel ca pe niște noi experiențe.

- **Acceptarea lucrurilor așa cum sunt**

La începutul practicii, subiectul va observa experiențele dezirabile (calm, relaxare, destindere) și pe cele indezirabile (încordare, depresie, îngrijorare). Treptat, el va învăța să constate doar prezența acestora, fără a le mai evalua. Îngrijorările, încordarea și depresia sunt ceea ce sunt, o parte a experiențelor umane.

O astfel de atitudine reduce reactivitatea subiectului, care înainte se străduia să facă în așa fel încât lucrurile și trăirile sale să fie altfel decât erau ele cu adevărat.

În felul acesta, clientul poate accepta mai ușor provocările și stresul vieții cotidiene.

Acceptarea se traduce prin faptul că un client va reuși să ia decizii mai bune pentru a schimba ceea ce poate fi schimbat (la el însuși sau în existența sa), ceea ce nu este identic cu resemnarea.

II
Modelul de reducere a stresului prin intervenții cognitiv-comportamentale și meditație bazată pe conștientizare

Atunci când este supus unei situații stresante, organismul produce hormoni, cum ar fi cortizolul sau activează secreția unor neurotransmițători ca epinefrina sau norepinefrina.

De-a lungul istoriei mamiferelor și a speciei umane, la confruntarea cu o situație amenințătoare care punea în pericol viața individului (de pildă, atacul unui animal sălbatic), organismul trebuia să se mobilizeze pentru a face față amenințării imediate. Energia fizică a organismului era astfel direcționată pentru a declanșa reacțiile de luptă, fugă sau „stană de piatră".

Viața omului modern este net diferită de aceea a strămoșului primitiv, rareori producându-se o confruntare directă cu o primejdie care amenință direct viața persoanei. În schimb, omul zilelor noastre este supus permanent unor stresori minori, specifici vieții cotidiene, pe care însă organismul a învățat să-i identifice ca atare. Drept rezultat pot să apară stări fiziologice asemănătoare cu cele specifice reacțiilor de fugă, luptă sau stană de piatră atunci când unii subiecți sunt blocați în trafic, suprasolicitați la locul de muncă sau îngrijorați de starea de sănătate a celor apropiați lor, de posibila pierdere a locului de muncă sau atunci când trec prin dificultăți financiare.

Modalitatea de răspuns la situațiile stresante ține astfel mai puțin de tipul de eveniment și mai mult de semnificația pe care i-o conferă subiectul acestuia (Siegel, 2012).

În cazul în care sistemul nervos central percepe un posibil pericol chiar dacă acesta nu există în realitate, reacțiile fiziologice de tip automatizat și repetitiv pot conduce la accentuarea nivelului de stres.

Astfel, dacă nivelul de adrenalină crește în mod nejustificat o perioadă mai lungă, organismul va avea de suferit.

Sistemul nervos vegetativ are rolul de a regla funcțiile fiziologice ale organismului. Acesta este compus din sistemul nervos simpatic și parasimpatic, primul având rol de accelerator al funcțiilor fiziologice, iar celălalt de încetinitor. În momentul în care creierul detectează un pericol potențial, acesta comandă accelerarea ritmului cardiac, respirator, creșterea tensiunii arteriale, supraîncordarea musculară și secreția de endorfine care au rolul de a reduce durerea, în timp ce alte funcții fiziologice ce țin de sistemul imunitar, reproducător sau digestiv vor suferi un proces de încetinire temporară. Aceste reacții declanșate de către sistemul nervos simpatic pot să permită unui paramedic să transporte o persoană de 100 de kilograme, sau unui om să alerge mult mai repede decât o face în mod obișnuit, dacă este urmărit de un răufăcător.

În cazul în care creierul evaluează situația stresantă ca fiind lipsită de speranță sau în cazul în care acțiunea nu este soluția potrivită, se activează sistemul nervos parasimpatic care comandă încetinirea bătăilor inimii, a ritmului respirator, scăderea tensiunii arteriale și imobilizarea corporală (în cazuri extreme se poate produce leșinul subiectului).

Odată ce creierul decide că pericolul a trecut, se reactivează acea parte a sistemului nervos vegetativ care reechilibrează organismul. Deoarece creierul nu realizează întotdeauna o distincție clară între o amenințare de natură fizică și una psihologică, sistemele fiziologice activate sunt aceleași.

Atunci când stresul are un caracter constant și prelungit, organismul nu mai are timp să se refacă și în acest caz se pot produce o serie de dereglări sau chiar boli psihosomatice cum ar fi: hipertensiunea arterială, afecțiunile dermatologice, insomniile, gastritele, colitele, scăderea imunității, depresie și anxietate.

Dacă subiectul învață să conștientizeze situațiile stresante și modul în care acestea îi afectează organismul, el va reuși să-și formeze deprinderi de autoreglare psihosomatică, deprinderi care îl vor ajuta să reacționeze la stres într-un mod mai adaptativ.

John Kabat-Zinn (1990) realizează distincția dintre reacția la stres și răspunsul la stres. Astfel, prima (reacția la stres) reprezintă un răspuns habitual, de natură inconștientă, care s-a format în urma condiționărilor produse de experiențele anterioare. Această reacție

cuprinde de cele mai multe ori comportamente dezadaptative ca fumatul, consumul de substanțe, refugierea în hiperactivitate până la epuizare. Dimpotrivă, răspunsul la stres implică un demers de conștientizare și acceptare a emoțiilor (în loc de negare a acestora) și elaborarea unor strategii adaptative de a face față.

În urma practicării exercițiilor de conștientizare, creierul va putea realiza un echilibru între activitatea sistemului nervos simpatic și parasimpatic, astfel încât subiectul să-și poată dezvolta deprinderi de a face față cu bine stresului.

Studiile și observațiile clinice realizate în Statele Unite au demonstrat faptul că practicarea cu regularitate a meditației bazate pe conștientizare contribuie la reducerea anxietății (Miller, Fletcher și Kabat-Zinn, 1995), la ameliorarea simptomelor tulburării obsesiv–compulsive (Baxter *et al.*, 1987), la reducerea durerilor cronice (Kabat-Zinn și Hanh, 2009) precum și la ameliorarea psoriazisului (Kabat-Zinn *et al.*, 1998), a depresiei (Anderson *et al.*, 2007) și abuzului de substanțe (Marlatt, Blume și Parks, 2001).

Practicarea meditației bazate pe conștientizare îl va ajuta pe client să facă mai bine față situațiilor stresante, îi va îmbunătăți calitatea somnului, îi va optimiza capacitatea de concentrare a atenției, memoria, îi va reduce anxietatea și depresia și îi va asigura acestuia o mai bună stare de sănătate și un nivel mai ridicat al calității vieții.

Stahl și Goldstein (2010, pp. 18–19) ne prezintă un exercițiu de conștientizare a unei acțiuni simple:

> „Luați câteva boabe de struguri pe care le plasați în palma dreaptă. Dacă nu aveți la îndemână struguri, orice alt aliment ar putea fi utilizat. Imaginați-vă acum faptul că veniți de pe o altă planetă unde nu există un asemenea fruct. Explorați cu toată atenția boabele de struguri, utilizând toate modalitățile senzoriale. Concentrați-vă asupra obiectului ca și cum nu ați mai fi văzut niciodată așa ceva. Priviți boabele cu toată atenția, observând ce culoare au, ce formă, în ce fel se reflectă lumina în boabele de struguri. Explorați textura, atingeți boabele cu degetele, simțiți atingerea cojii lucioase, remarcați dacă sunt calde sau reci.
>
> În timp ce realizați acest exercițiu pot să vă vină în minte gânduri de tipul următor: «De ce să fac un astfel de exercițiu? Mă enervează să-mi pierd timpul cu așa ceva!»

Conștientizați aceste gânduri, lăsați-le să se ducă și readuceți atenția la boalele de struguri.

Mirosiți boabele și duceți-le încet la gură, observând mișcarea firească a brațului atunci când vă pregătiți să gustați ceva. Introduceți boabele în gură și simțiți contactul lor cu cerul gurii, cu limba, cu dinții. Mușcați din ele și sesizați gustul lor dulce-acrișor. Mestecați boabele de strugure și conștientizați prezența salivei, faptul că ele își modifică gustul. Remarcați tendința de a le înghiți, înghițiți-le și urmăriți traseul lor până în stomac.

Înainte de a încheia exercițiul, adresați-vă un gând de mulțumire pentru că ați avut răbdarea și perseverența să realizați acest exercițiu."

Aceiași autori (Stahl și Goldstein, 2010, p. 21) prezintă un alt exercițiu de conștientizare a propriei persoane. Acest exercițiu de meditație îl va ajuta pe subiect să observe modul în care se simte din punct de vedere fizic, mental și emoțional și să se ancoreze în prezent.

Meditația bazată pe conștientizare trebuie realizată într-o atmosferă liniștită, subiectul asigurându-se că nu va fi deranjat nici măcar de semnalul unui telefon.

„Așezați-vă într-o poziție comodă, cu spatele drept, sprijinit sau culcat pe spate, cu o mică pernă sub cap. Dacă aveți tendința de a adormi ușor, preferați poziția șezând. Închideți ochii și relaxați-vă timp de câteva minute. Adresați-vă în gând un compliment pentru că vă acordați acest timp de meditație. Îndreptați-vă atenția spre interior și scanați corpul și psihicul, lăsând senzațiile fiziologice, gândurile și emoțiile să se desfășoare. Este un moment în care existați ca atare, fără să întreprindeți neapărat ceva. Nu trebuie să judecați, să evaluați stările, gândurile sau senzațiile pe care le aveți. Dați-vă voie să fiți *aici și acum*. Acordați-vă câteva minute (3–5) pentru a vă scana în interior. Atunci când ați încheiat, felicitați-vă din nou pentru că ați realizat un exercițiu care va contribui la starea voastră de sănătate fizică și psihică."

După terminarea exercițiului, autorii menționați (Stahl și Goldstein, 2010, pp. 24–25) recomandă subiecților să completeze un jurnal după următorul model:

Data și tipul de meditație	Ora	Gânduri, stări afective și senzații care au apărut în timpul relaxării
09.09.2010		
Meditația bazată pe conștientizare legată de propria persoană	19:30	Mi-au venit în minte gânduri legate de ceea ce aveam de făcut la serviciu. Am simțit o senzație de încordare în stomac și o stare de neliniște. Acestea au durat puțin și apoi au trecut.

Rolul meditației bazate pe conștientizare în creșterea rezistenței la stres este fundamentată pe conexiunea dintre fizic și psihic.

Psihoterapia în care este utilizată meditația bazată pe conștientizare este benefică deoarece presupune concentrarea atenției asupra momentului prezent și doar ceea ce se petrece în prezent poate fi modificat.

Atâta timp cât subiectul nu este conștient de reacțiile fiziologice la stres și la modul în care acestea se reflectă sub forma unor gânduri, stări afective și senzații se produce o ruptură între psihic și fizic, astfel că acest dezechilibru poate conduce la boli psihosomatice.

În cazul în care conștientizarea se realizează, aceasta conduce în mod automat la refacerea echilibrului organismului.

Un exemplu sugestiv care demonstrează modul în care meditația bazată pe conștientizare poate reduce efectele negative ale stresului vieții cotidiene este acela în care o persoană grăbită este prinsă în trafic. Aceasta nu este în mod obișnuit conștientă de faptul că musculatura se încordează, respirația și bătăile inimii devin mai rapide, iar degetele se încordează pe volan. Dacă această persoană stăpânește tehnica meditativă, ea își va relaxa imediat tot corpul și va controla respirația. Drept consecință, se vor calma și bătăile inimii și va scădea tensiunea arterială, reducându-se astfel efectele negative ale stresului.

În afară de agenții stresanți cu semnificație majoră, asupra subiectului uman pot acționa și alți factori minori, cum ar fi un termen prea scurt pentru o lucrare, o conversație neplăcută, așteptarea prelungită la o coadă sau lipsa banilor pentru plata imediată a unei facturi. Acești factori stresanți, în aparență având o mică amplitudine, pot conduce la supraîncordare musculară, cefalee, insomnii sau tulburări gastrointestinale.

În schimb, situațiile stresante mai puternice sau care acționează un timp mai îndelungat pot conduce la afecțiuni mai grave în zona cardiovasculară, la cancer sau tulburări psihopatologice.

Acest lucru se întâmplă mai frecvent dacă subiectul are un stil nesănătos de viață sau recurge la strategii dezadaptative de a face față stresului, cum ar fi fumatul, abuzul de substanțe, mâncatul în exces sau refugiul în hiperactivitate.

Pe lângă exercițiile de meditație realizate într-un spațiu special, subiectul poate să-și desfășoare întreaga existență în acest spirit, eliberându-se de senzația de suprasolicitare și de a fi depășit de evenimente.

Conștientizarea activităților cotidiene îi va aduce subiectului o atitudine de calm, liniște, sănătate și eficiență.

Stahl și Goldstein (2010, p. 36) prezintă câteva sugestii pentru persoanele care doresc să practice o existență conform principiului meditației bazate pe conștientizare:

- Dimineața, când vă treziți, în loc să săriți din pat, acordați-vă un scurt răgaz pentru a conștientiza starea în care vă aflați. Conștientizați ceea ce se petrece în momentul *aici și acum*.
- În timp ce vă spălați remarcați faptul că mentalul vostru începe să deruleze diverse gânduri referitoare la ceea ce aveți de făcut. Când observați acest lucru, aduceți înapoi atenția la momentul prezent și conștientizați apa care curge pe corpul vostru, mirosul gelului de duș, zgomotul jetului de apă.
- Dacă locuiți împreună cu alte persoane, acordați-vă un scurt răgaz pentru a deveni conștient de prezența acestora.
- Apropiindu-vă de autoturism, îndreptați-vă atenția asupra corpului, relaxați musculatura și încetiniți ușor mișcările înainte de a vă urca la volan.
- Străduiți-vă să șofați ceva mai încet decât de obicei. Atunci când semaforul arată culoarea roșie, amintiți-vă de faptul că trebuie să respirați mai calm.
- Atunci când mergeți pe jos, de regulă faceți acest lucru în mod automat. Încercați să vă plimbați în mod diferit, ceva mai încet, realizând câte o respirație la fiecare trei–patru pași. Observați fiecare senzație care apare în corp atunci când pășiți.

- Aflați la locul de muncă, acordați toată atenția sarcinii prezente și evitați să vă gândiți la alte lucruri pe care le aveți de făcut. Căutați să nu realizați mai multe lucruri în același timp. Blocați e-mailul atunci când vă concentrați asupra unei activități.
- Dacă aveți posibilitatea, luați masa singur, măcar o dată pe săptămână, mâncați mai încet, mestecând mai mult și simțind savoarea alimentelor.
- În timpul zilei, scanați din când în când corpul. Conștientizați în același mod activitățile pe care le aveți de îndeplinit.
- Nu este indicat să vă grăbiți să ajungeți acasă pentru a vă relaxa. Este de preferat să șofați încet și să conștientizați ceea ce faceți. Relaxați ușor corpul, calmați respirația, simțiți atingerea palmelor pe volan. Poate ar fi bine ca uneori să opriți radioul și să treceți în revistă ceea ce ați făcut în ziua respectivă: ce a fost pozitiv, ce ați dori să faceți mai bine.
- Înainte de a intra în casă, scanați cu ajutorul atenției tot corpul. În cazul în care acesta este încordat, relaxați-l ușor, calmând respirația.

Aceiași autori (Stahl și Goldstein, 2010, pp. 40–41) subliniază faptul că în timpul practicării meditației bazate pe conștientizare, subiectul trebuie să îndeplinească anumite condiții:

- Atitudine deschisă: subiectul trebuie să privească lucrurile cu „ochii" unui copil, să le vadă permanent cu un sentiment de curiozitate, ca și cum ar fi mereu noi și le-ar vedea pentru prima oară.
- Atitudine nonevaluativă: propria persoană și ceea ce se petrece în jur trebuie privite în mod detașat, imparțial, indiferent despre ce experiență este vorba. Gândurile, stările afective sau senzațiile corporale nu trebuie etichetate ca fiind bune sau rele, drepte sau nedrepte. Subiectul trebuie să le constate prezența ca un observator detașat.
- Situațiile externe, stările psihice sau fiziologice trebuie considerate „ca atare", ca fiind ceea ce sunt.
- Absența tendinței de a modifica ceva: subiectul nu trebuie să încerce să evite stările sau trăirile respective sau să le

schimbe, mai precis să nu-și propună ca lucrurile să stea altfel decât stau de fapt.

- Atitudinea „înțeleaptă": presupune o abordare echilibrată, înțelegerea naturii schimbării și derulării evenimentelor vieții.
- Tendința de a lăsa evenimentele să se deruleze: subiectul va învăța să privească ceea ce se petrece, lăsând lucrurile să se desfășoare în ritmul lor, fără să încerce să forțeze această derulare.
- Necesitatea subiectului de a se baza doar pe sine însuși, doar pe propriile sale judecăți de valoare, pe propria sa experiență.
- Atitudinea bazată pe autocompasiune: subiectul va învăța să cultive dragostea și respectul pentru propria persoană, fără autocritică și autoculpabilizare.

Meditația bazată pe conștientizarea respirației

Acest tip de practică reprezintă fundamentul meditației deoarece respirația reprezintă o funcție fiziologică ce poate fi modificată voluntar și poate servi drept „ancoră" pentru centrarea subiectului în prezent.

Aceasta presupune concentrarea atenției persoanei asupra respirației și observarea modului în care aerul intră și iese din căile nazale, prin trahee, bronhii, plămâni, precum și maniera în care se implică abdomenul și tot corpul în actul respirator.

Înțelepții orientali recomandă respirația abdominală care se realizează prin coborârea și ridicarea diafragmei. Ritmul indicat este de 1/2 (1 sau multipli pentru inspirație și 2 sau multipli pentru expirație).

Este de preferat ca respirația să se realizeze pe nas, deși unele tehnici recomandă și expirația pe gură.

Tehnica este simplă și presupune ca subiectul să plaseze palma în zona abdominală și să observe modul în care abdomenul se ridică la inspirație și coboară la expirație.

Acest tip de respirație abdominală are un efect relaxant și conduce la reducerea efectelor negative ale stresului și anxietății.

Așa cum menționam anterior, în timpul practicării meditației bazate pe conștientizare mentalul are tendința să hoinărească, subiectului venindu-i în minte tot felul de gânduri referitoare la trecut sau la ceea ce are de făcut în viitor.

Mai ales la începutul practicii, această tendință a mentalului de a fugi din momentul prezent este ceva mai accentuată. În astfel de situații, subiectul nu trebuie să-și adreseze critici, ci să constate în mod detașat prezența acestui fenomen și să readucă încet atenția asupra actului respirator.

Meditația bazată pe conștientizarea respirației se poate realiza, așa cum am mai subliniat, într-o poziție șezând (cu coloana vertebrală dreaptă, cu spatele sprijinit pentru persoanele care au probleme cu coloana vertebrală sau nu sunt obișnuite cu pozițiile de meditație) sau în poziție culcat pe spate, cu capul ușor ridicat.

Instructajul adresat clientului este următorul (adaptat după Stahl și Goldstein, 2010, p. 45):

„Adoptați o poziție comodă, șezând sau culcat pe spate. Asigurați-vă de faptul că nu veți fi deranjat de nimeni.

Relaxați-vă tot corpul și adresați-vă în gând un compliment pentru că ați găsit timpul necesar de a practica acest exercițiu.

Concentrați-vă atenția asupra respirației și observați în ce zonă a corpului simțiți că respirați. Poate fi nasul, gâtul, pieptul, abdomenul sau orice altă zonă a corpului. Conștientizați modul în care inspirați și expirați, inspirați și expirați. Nu este necesar să vizualizați ceva, să numărați în gând... pur și simplu, fiți atenți la inspirație. Fără să emiteți vreo judecată sau apreciere, observați fluxul respirator care vine și pleacă la fel ca valurile mării. Nu trebuie să vă imaginați că sunteți undeva, nu aveți nimic de făcut. Fiți prezent *aici și acum*, observând respirația, trăind odată cu fiecare inspirație și expirație. Conștientizați felul în care abdomenul se ridică ușor la inspirație și coboară la expirație. Inspirați și expirați...

Din când în când, atenția poate să se abată de la fluxul respirator. Când aceasta se întâmplă, conștientizați locul în care a «zburat mintea» și o aduceți înapoi, concentrându-vă asupra respirației. Respirați normal, fără a modifica în vreun fel fluxul și ritmul respirator.

Atunci când ați terminat exercițiul de meditație asupra respirației, trimiteți un gând de liniște și pace către propria persoană și către cei din jur.

Acordați-vă un timp pentru a nota ce ați simțit în plan mental, emoțional și fizic în timpul exercițiului respectiv."

Este o realitate incontestabilă faptul că noi nu putem controla lumea exterioară care ne provoacă permanent stres, îngrijorare, tristețe sau anxietate. Soluția nu constă în ignorarea factorilor de stres, ci în conștientizarea acțiunii acestora.

Meditația bazată pe conștientizare ne poate ajuta să realizăm acest lucru, să intrăm în contact direct cu depresia, anxietatea și frustrările noastre, să lucrăm asupra lor astfel încât să nu le permitem să ne destabilizeze.

Primul pas în psihoterapia bazată pe conștientizare este explorarea a ceea ce funcționează sau nu funcționează în existența noastră.

Astfel, multe evenimente psihotraumatizante din trecut pot conduce la stări de depresie sau anxietate în prezent.

Terapeuții recomandă clienților să-și acorde câteva minute pentru a-și reaminti și a nota acele evenimente pe care aceștia le poartă cu ei înșiși ca pe o povară.

De-a lungul întregii sale existențe, subiectul a încercat nenumărate metode de a se elibera de stres, durere sau boală (de pildă, a încercat să discute cu prietenii, să facă exerciții fizice, să mediteze, să se adreseze unui consilier sau să vizioneze filme comice).

Terapeutul îi va indica subiectului să noteze care dintre aceste strategii a dat rezultate și care nu.

De asemenea, se recomandă ca subiectul să examineze și să noteze dorințele și proiecțiile sale pentru viitor, acestea constituind o bază motivațională pentru demersul de schimbare.

O altă strategie prin intermediul căreia psihoterapia bazată pe conștientizare ajută la reducerea efectelor negative ale stresului constă în învățarea clientului să identifice așa-numitele capcane ale minții, care reprezintă deprinderi cognitive ce nu fac altceva decât să exacerbeze reacțiile psihosomatice la stres. Odată conștientizate aceste capcane, clientul va învăța modalitatea de a nu se mai lăsa prins în ele.

Cea mai cunoscută „capcană a minții" o reprezintă *vorbirea interioară* cu conținut negativ prin intermediul căreia subiectul își adresează permanent critici („Sunt un prost", „Nu ar fi trebui să procedez așa", „Sunt lipsit de valoare", „Mă detest", „Niciodată nu fac lucrurile cum trebuie", „Situația mea nu se va îmbunătăți niciodată" etc. Această vorbire interioară contribuie la instalarea și exacerbarea stărilor afective negative cum ar fi depresia, mânia sau anxietatea.

Psihoterapia bazată pe conștientizare îl învață pe subiect să trateze aceste gânduri ca pe niște conținuturi mentale și nu ca pe niște fapte reale.

Gândirea negativă conține anumite distorsionări negative sesizate de specialiștii în terapia cognitiv-comportamentală sau rațional-emotivă (REBT), distorsionări de care subiectul nu este conștient. Prezentăm mai jos câteva dintre acestea (Stahl și Goldstein, 2010, p. 55).

- Catastrofizarea — reprezintă un stil de gândire bazat pe exagerare, stil care contribuie la creșterea anxietății sau depresiei. Subiectul aflat sub acțiunea unei situații stresante se va aștepta la dezastre și va anticipa cele mai rele consecințe posibile. Astfel, un subiect diagnosticat cu o formă ușoară de hipertensiune arterială își va spune în gând că va muri imediat.
- Exagerarea negativului și desconsiderarea pozitivului — persoana are tendința de a amplifica evenimentele negative și de a le minimaliza sau chiar ignora pe cele pozitive. Astfel, un salariat care este lăudat de șef pentru că a realizat o lucrare de calitate, va riposta imediat: „Da, dar fac încă foarte multe greșeli".
- Citirea gândurilor — implică opinia că subiectul știe ce gândește sau simte o altă persoană, fără a avea dovezi clare în acest sens (dacă o persoană se întâlnește cu o alta care pare prost-dispusă, prima va trage imediat concluzia că cealaltă nu o agrează).
- Atitudinea de „expert în toate" — se referă la acei subiecți care își apără opiniile cu orice preț și nu acceptă faptul că se pot înșela.
- Imperativele categorice („trebuie neapărat") — aceste afirmații se referă la propria persoană sau la cei din jur. În cazul în care subiectul își încalcă propriile standarde, apar sentimente de culpabilitate. Dacă ceilalți încalcă respectivele reguli, subiectul se simte frustrat, furios, plin de resentimente.
- Blamarea și personalizarea — în cazul blamării, subiectul dă vina pe ceilalți pentru necazurile sau eșecurile sale, în timp ce personalizarea presupune culpabilizarea pentru diverse acțiuni sau comportamente ale celorlalți („Eu sunt singura vinovată pentru că soțul meu bea prea mult").

Clientul care suferă de tulburări emoționale trebuie să conștientizeze faptul că nu-i poate schimba pe ceilalți sau împrejurările exterioare, dar poate lucra asupra sa. Meditația bazată pe conștientizare îl ajută pe client să-și formeze un nou stil de gândire, dezvoltându-i capacitatea de a privi lucrurile și din altă perspectivă.

Stahl și Goldstein (2010, pp. 56–57) ne prezintă o povestire metaforică orientală care ilustrează modul de gândire obținut în urma practicilor meditative:

„Într-un sat din India, trăia un bătrân înțelept de ale cărui sfaturi țineau seama toți localnicii. Într-o zi însorită de vară, un țăran a venit la bătrânul înțelept și, cu ochii în lacrimi, i-a spus: «Bătrâne înțelept, nu știu ce să fac. Boul meu a murit și nu am cum să mai lucrez pământul. Acesta este cel mai rău lucru care mi se putea întâmpla».

Bătrânul l-a privit în ochi și i-a spus: «Poate că da, poate că nu». Supărat, omul a plecat acasă și le-a spus tuturor că bătrânul nu este înțelept, ci nebun, pentru că moartea boului era cel mai rău lucru care i se putea întâmpla.

A doua zi, țăranul a plecat pe câmp gândindu-se cum ar putea rezolva problema. La un moment dat, acesta a observat la marginea pădurii un cal sălbatic, tânăr și puternic. Imediat i-a venit ideea să-l prindă, să-l îmblânzească și să-l pună la muncă, ceea ce a și făcut. După un timp, omul a constatat faptul că lucra pământul mai bine cu acel cal.

Țăranul s-a dus la bătrânul înțelept și i-a cerut scuze spunându-i că «îmblânzirea calului a fost cel mai bun lucru care i s-a întâmplat». Bătrânul înțelept a răspuns: «Poate că da, poate că nu».

Supărat din nou, țăranul a spus că bătrânul ori este nebun, ori își bate joc de el.

După un timp, fiul țăranului a încălecat pe cal, a căzut și și-a rupt piciorul, nemaiputând să-i fie de ajutor la câmp. Din nou țăranul s-a dus la bătrânul înțelept și i-a spus că a avut dreptate și că acesta este cel mai rău lucru care i s-ar fi putut întâmpla.

Bătrânul înțelept i-a răspuns din nou pe același ton calm: «Poate că da, poate că nu».

Țăranul furios a revenit în sat. A doua zi, au sosit jandarmii pentru a-i lua pe toți flăcăii la oaste pentru un război care părea

că nu se mai sfârșea. Deoarece avea piciorul rupt, fiul țăranului a fost singurul care nu a fost luat în armată."

Meditația realizată în timpul mersului (Stahl și Goldstein, 2010, p. 59)

Acest tip de meditație reprezintă o metodă foarte bună de reducere a efectelor negative ale stresului și presupune conștientizarea fiecărui pas, în loc de mersul automatizat.

Clientul este instruit să aleagă un spațiu liniștit unde poate să se plimbe timp de 10–15 minute fără a fi deranjat. Acesta va trebui să pășească calm, acordând atenție modului în care tălpile ating solul, și să fie atent la senzațiile resimțite la nivelul picioarelor și întregului corp.

Atunci când atenția începe să fluctueze, clientul va conștientiza acest lucru și o va readuce încet asupra musculaturii întregului corp.

Instructajul administrat subiectului este următorul:

„Rămâneți în picioare și observați cum se simte corpul vostru. Conștientizați poziția tălpilor pe sol. Conștientizați apoi mediul înconjurător, observând obiectele, persoanele din jur, auziți zgomotele, sunetele, simțiți mirosurile și observați orice alte senzații. Conștientizați apoi gândurile care vă trec prin minte și emoțiile care le însoțesc și priviți-le ca atare, cu ochii minții.

Apoi conștientizați maniera în care pășiți, cum se lasă greutatea corpului de pe un picior pe altul. Pășiți liniștit, cu pași mari, resimțind atingerea fiecărei tălpi pe sol.

Observați cu atenție modul în care pășiți, modul în care se balansează brațele în timpul mersului. Faceți pas după pas, acordându-i toată atenția, până când ajungeți la capătul traseului pe care l-ați stabilit de la început și apoi întoarceți-vă, acordând atenție din nou fiecărui pas pe care îl faceți."

O modalitate simplă de a realiza un exercițiu de conștientizare în timpul zilei presupune ca subiectul să se oprească un moment din activitatea pe care o desfășoară, să se concentreze asupra respirației și apoi să observe cu atenție ceea ce se petrece în interiorul său: senzații corporale, gânduri și emoții.

Acesta poate constata faptul că are umerii, ceafa și gâtul încordate, dinții strânși sau poate sesiza tensiuni în alte zone ale corpului.

De asemenea, poate conștientiza o stare de oboseală, o senzație de sete sau foame sau o stare de tristețe difuză.

Conștientizarea corporală

Aceasta presupune un fel de scanare cu ajutorul atenției a întregului corp. Înțelepții orientali spuneau că trupul nostru are propria sa înțelepciune și că noi trebuie doar să învățăm să-i descifrăm mesajele.

Instructajul adresat clienților este următorul (adaptat după Stahl și Goldstein, 2010, pp. 66–68):

„Adoptați o poziție comodă, întinși pe spate sau șezând cu spatele drept. Acordați-vă câteva minute de liniște și relaxați-vă și adresați-vă în gând un compliment pentru că ați găsit timpul să practicați meditația.

Concentrați-vă atenția asupra propriului corp și constatați prezența senzațiilor corporale, a gândurilor și a emoțiilor. Poate că ați avut o zi agitată și acestea sunt primele momente de răgaz pe care vi le oferiți. Acordați atenție stărilor afective, fără a le judeca sau analiza. Trăiți, pur și simplu, momentul prezent.

Atunci când sunteți pregătit, concentrați-vă atenția asupra respirației. Observați cu atenție modul în care aerul intră și iese din plămâni în timp ce inspirați și expirați. Dacă atenția se abate de la respirație, conștientizați acest lucru și o readuceți înapoi la actul respirator. Inspirați și expirați acordând toată atenția respirației.

Îndreptați apoi atenția asupra corpului și observați ce zone ale acestuia sunt încordate și lăsați-le să se destindă. Concentrați-vă și asupra gândurilor și stărilor afective.

Concentrați-vă apoi asupra piciorului stâng și simțiți contactul acestuia cu solul. Simțiți atingerea călcâiului pe sol, senzațiile din degete, talpă, gambă, genunchi, coapsă...

Concentrați-vă apoi asupra piciorului drept și conștientizați senzațiile care apar de la degete până spre coapsă, până la șold.

Conștientizați apoi toate senzațiile care apar în zona pelviană și lombară. Remarcați dacă vă vin în minte gânduri sau stări afective.

Concentrați-vă apoi asupra zonei abdominale, asupra zonei toracice, asupra organelor care asigură digestia, asupra plămânilor și inimii.

Scanați cu atenție spatele, coloana vertebrală, de jos până în zona gâtului.

Concentrați-vă apoi asupra brațului stâng și urmăriți senzațiile care apar la nivelul degetelor, palmei, antebrațelor, umărului.

Faceți același demers de scanare a brațului stâng, simțind toate senzațiile care apar de la degete până la umăr.

Concentrați-vă atenția asupra gâtului, cefei, bărbiei, maxilarelor, buzelor și limbii, nasului, obrajilor, ochilor, frunții, tâmplelor, până în creștetul capului.

Scanați apoi din nou corpul în totalitate, de la degetele picioarelor până la creștetul capului. Conștientizați corpul ca pe un tot unitar cu senzații corporale, emoții, gânduri. Ancorați-vă în prezent. Simțiți modul în care corpul parcă se dilată și se contractă odată cu fiecare inspirație și expirație.

Atunci când exercițiul se apropie de sfârșit, adresați-vă un gând de afecțiune și înțelegere pentru propria persoană și trimiteți și un gând de dragoste și pace tuturor celorlalți oameni".

Psihoterapia bazată pe conștientizare în combaterea durerii

Primul pas în cadrul acestui demers este conștientizarea faptului că subiectul suferă de o durere acută sau cronică. Durerea acută are totdeauna o cauză fiziologică evidentă care trebuie abordată din punct de vedere medical, în timp ce durerea cronică poate avea atât cauze organice, cât și psihice (depresie, anxietate, frustrare sau ostilitate).

Psihoterapia bazată pe conștientizare a dat rezultate în cazul durerilor cronice (Kabat-Zinn *et al.*, 1986).

Etapele terapiei durerii sunt următoarele:

- Investigarea prezenței durerii și tensiunilor din interiorul corpului.

Atunci când subiectul nu este pe deplin conștient de tensiunile și durerea sa, acestea au tendința de a se amplifica.

În acest caz, o primă chestiune ce trebuie abordată este reprezentată de realizarea distincției dintre durerea fizică și stările emoționale

asociate (anxietate, iritabilitate, mânie, frustrare, depresie) care în mod obișnuit nu fac decât să amplifice durerea.

Odată identificată și conștientizată durerea, subiectul va găsi strategii de a o diminua sau de a-i face față. Astfel, de pildă, relaxarea musculară poate reduce o durere din zona lombară a coloanei vertebrale.

- Procesarea terapeutică a trăirilor emoționale generate de durere.

Conștientizarea acestor stări afective, în locul luptei împotriva lor, poate conduce, de asemenea, la diminuarea suferinței.

Aici este necesar să fie sesizată diferența dintre conștientizarea și acceptarea de către subiect a unor stări negative, disfuncționale.

Conștientizarea presupune trăirea stărilor așa cum sunt ele, indiferent dacă ne place sau nu acest lucru. Pe de altă parte, acceptarea înseamnă a fi de acord cu ceea ce se petrece, lucru dificil sau chiar imposibil în cazul durerii.

Chiar dacă subiectul nu poate modifica senzația fizică de durere, acesta poate schimba reacția emoțională față de durere și astfel există șanse de a o reduce.

Stahl și Goldstein (2010, p. 71) afirmă că durerea fizică reprezintă o realitate, în timp ce „suferința este opțională".

- Ancorarea în prezent.

A treia etapă din cadrul demersului de reducere a durerii este trăirea momentului prezent „aici și acum".

Atunci când subiectul se identifică cu stresul, durerea sau tensiunea, acesta tinde să le considere ca fiind niște fenomene de lungă durată, un fel de pedeapsă, și această atitudine va contribui la accentuarea suferinței.

Psihoterapia bazată pe conștientizare îl învață pe subiect să se concentreze asupra prezentului, deoarece aceasta nu poate ști exact ce se va petrece în viitor: poate că durerile sale nu vor dura o veșnicie.

Formula sugestivă asupra căreia subiectul se poate apleca spre concentrare este: „Trebuie să observ dacă pot face față durerii acum. Dacă durerea va apărea altă dată, o voi aborda atunci".

Meditația bazată pe conștientizare în controlul emoțiilor

De multe ori, stările afective, de pildă anxietatea, sunt însoțite de o serie de senzații corporale precum nod în gât, tensiune în zona cefei

și umerilor, dureri de stomac, dificultăți respiratorii sau bătăi accelerate ale inimii. Aceste manifestări sunt și mai accentuate în cazul atacurilor de panică.

Conștientizarea acestor senzații îl poate ajuta pe client să înțeleagă faptul că este vorba de anxietate și să lucreze pentru reducerea ei, înainte ca acestea să se accentueze.

Același tip de scanare a senzațiilor corporale poate contribui la identificarea și procesarea terapeutică a altor stări afective cum ar fi depresia, culpabilitatea sau ostilitatea.

Procesarea terapeutică a emoțiilor presupune trăirea acestora cu o atitudine de acceptare, în loc de reprimarea lor care conduce de multe ori la tulburări psihosomatice.

Există unele obstacole care apar în calea conștientizării stărilor emoționale. Aceste bariere țin în primul rând de educație, care, mai ales în cultura occidentală, invalidează exprimarea liberă a emoțiilor. Reprimarea acestora conduce la stres, care se poate manifesta sub forma unor simptome psihosomatice.

O altă barieră în calea procesului de conștientizare a emoțiilor apare din cauza confuziei care se produce adesea între gând și emoție. Astfel, în cazul în care subiectul își spune în gând: „Simt că lucrurile îmi vor scăpa de sub control" se referă mai curând la o judecată și nu la o stare afectivă.

În același timp, afirmații de tipul „Mă simt ca un prost", „Mă simt lipsit de valoare" reprezintă judecăți, iar stările afective care pot să apară din cauza unor astfel de judecăți sunt de obicei tristețea, rușinea, vinovăția.

Un alt obstacol în calea demersului de conștientizare a emoțiilor îl reprezintă și faptul că datorită caracterului lor insuficient de clar definit, acestea nu pot fi percepute la fel cum sunt percepute și descrise obiectele concrete. Așa cum aminteam, în multe medii (marile corporații) trăirea și analizarea emoțiilor sunt descurajate.

Stahl și Goldstein (2010, p. 74) propun un exercițiu care să-l ajute pe client să-și conștientizeze mai bine emoțiile.

Instructajul administrat acestuia este următorul (adaptat de noi după Stahl și Goldstein, 2010): „Parcurgeți următoarea listă care descrie câteva tipuri de emoții și încercuiți cuvintele care descriu cel mai corect starea voastră. Notați apoi ce simțiți în corpul vostru, cum se manifestă ele, ce gânduri sau imagini vă apar în minte atunci când le evocați.

Teamă: anticiparea pericolului, anxietate, iritabilitate, nervozitate, panică, tensiune, încordare, îngrijorare, senzația că mă aflu la capătul puterilor etc.

Furie: agitație, tendința de a distruge ceva, invidie, frustrare, iritare, mânie.

Tristețe: disperare, dezamăgire, lipsă de speranță, singurătate, respingere, nefericire.

Culpabilitate: vinovăție, umilință, regret, remușcări, jenă.

Bucurie: fericire, entuziasm, speranță, optimism, satisfacție, plăcere, încântare, amuzament.

Atunci când resimțiți o emoție puternică, scanați tot corpul și observați ce senzații corporale detectați".

Prezentăm mai jos un exercițiu mai avansat de meditație bazată pe conștientizare, ce se adresează conștientizării emoțiilor, adaptat de noi după Stahl și Goldstein (2010, pp. 87–88).

„Adoptați o poziție comodă, șezând, cu spatele drept și sprijit, dacă este necesar. Acordați-vă un răgaz de 45 sau 30 de minute pentru practică.

Relaxați tot corpul și conștientizați faptul că trupul și mintea voastră sunt prezente *aici și acum*. Conștientizați senzațiile, imaginile, gândurile și emoțiile pe care le-ați adus cu voi, care țin de preocupările prezente, și lăsați-le să se ducă fără niciun fel de evaluare sau de analiză.

Îndreptați apoi atenția asupra respirației... Respirați normal, calm și liniștit. Urmăriți cu «ochii minții» traseul aerului de la nări până la abdomen. Simțiți cum abdomenul se ridică ușor la fiecare inspirație și coboară ușor la fiecare expirație. Inspirați și expirați...

Concentrați-vă acum atenția asupra senzațiilor corporale și observați-le fără vreun sentiment de aversiune sau indulgență, observați senzațiile care se modifică odată cu fiecare moment și lăsați-le să se ducă. Pe măsură ce scanați corpul, remarcați zonele musculare relaxate, în timp ce altele sunt încordate. Dacă puteți, relaxați grupele musculare încordate, dacă nu, lăsați-le așa cum sunt, conștientizând prezența lor.

Lăsați-le apoi să plece așa cum au venit.

Îndreptați-vă acum atenția asupra sferei auditive și conștientizați toate sunetele, zgomotele, fără iritare sau îngăduință.

Percepeți sunetele ca pe niște unde pe care le primește corpul vostru. Conștientizați toate sunetele care provin din interiorul organismului și din afara acestuia. Observați cum sunetele vin și se duc... apar și dispar... sunt doar niște sunete...

Concentrați-vă acum atenția asupra mentalului vostru, asupra gândurilor și emoțiilor și observați-le cu o atitudine detașată. Remarcați multitudinea gândurilor și emoțiilor ca și cum ați privi norii care se mișcă pe cer. Observați-le fără să le judecați, remarcați maniera în care acestea apar și dispar... nu sunt altceva decât gânduri și emoții care vin și pleacă. Conștientizați modul în care lucrează mentalul vostru, cum analizează, planifică, evaluează, clasifică... are tendința de a catastrofiza, compara, blama...

Conștientizați modul în care deveniți deprimați, mânioși, speriați. Mentalul este preocupat să genereze gânduri, stări afective, experiențe care apar și dispar. În timp ce observați gândurile și emoțiile pe care le resimțiți, evitați să cădeți în capcana întinsă de acestea. Observați-le doar cu o atitudine de neutralitate. Identificați capcanele minții și observați-le cu detașare.

Atunci când v-ați lăsat totuși prins de gândurile și de stările voastre emoționale, nu vă blamați, ci doar constatați ceva ce s-a întâmplat și reveniți ușor aici și acum.

Conștientizați faptul că aceste gânduri și stări afective sunt efemere, se modifică în permanență, vin și pleacă.

Trăiți această experiență a naturii schimbătoare a gândurilor și emoțiilor voastre. Imaginați-vă că mentalul vostru seamănă cu un râu de munte, iar gândurile și emoțiile reprezintă apa care curge la vale.

Dacă mintea voastră tinde să vagabondeze, concentrați-vă din nou asupra respirației pentru câteva minute.

Reveniți din nou în prezent și conștientizați tot ceea ce se petrece în trupul și în mintea voastră: senzații corporale, sunete, gânduri, emoții. Deși stați foarte liniștit, experiențele interne sunt diferite, sunt mult mai dinamice, vin și pleacă... sunt într-o continuă schimbare.

Observați pur și simplu ceea ce este predominant, semnificativ, în fiecare moment prezent. Dacă nimic nu vi se pare

important sau nu sunteți sigur la ce anume să vă concentrați atenția, reveniți asupra respirației și concentrați-vă în prezent.

Această meditație seamănă cu starea în care vă aflați atunci când stați la izvoarele unui râu și contemplați ceea ce se petrece la vale. Apele care curg pot reprezenta sunete, senzații corporale, gânduri sau emoții.

Dacă nu se petrece nimic deosebit, ancorați-vă din nou în prezent, concentrați-vă asupra respirației. Stați relaxat și deveniți martorul schimbărilor care au loc în corpul și în mintea voastră, cu o atitudine de detașare și echilibru. În loc să vă împotriviți, să rezistați la ceea ce se petrece, mai bine vă lăsați duși de firul apei și atunci veți înțelege mai bine maniera în care lucrurile se modifică.

Chiar dacă vă simțiți bântuit de furtunile unor stări de anxietate, durere, tristețe, panică, mânie și poate mai ales atunci, veți înțelege faptul că acceptarea detașată a acestor stări le va face să se reducă și chiar să dispară.

Reveniți la respirație, simțind cum inspirați și expirați cu întregul corp. Simțiți cum corpul parcă se ridică odată cu fiecare inspirație și coboară odată cu fiecare expirație. Simțiți corpul vostru ca pe un tot unitar, ca pe un întreg, perfect și conectat la ceea ce este în jur.

Încheiați exercițiul de meditație adresându-vă un compliment pentru că v-ați acordat un timp pentru a realiza acest lucru minunat care contribuie la sănătatea și bună starea voastră fizică și psihică. Conștientizați ideea că ceea ce ați făcut reprezintă un act de iubire și trimiteți, la rândul vostru, un gând și un sentiment de dragoste și pace tuturor oamenilor cunoscuți și necunoscuți, prieteni și dușmani, tuturor animalelor, plantelor, mărilor și oceanelor, pământului, planetelor, întregului univers".

Meditație pentru reducerea anxietății și stresului

În contextul practicii meditației bazate pe conștientizare, primul lucru pe care trebuie să-l facă subiectul este conștientizarea efectelor stresului și anxietății asupra organismului, prin intermediul identificării senzațiilor, emoțiilor și gândurilor generate de perechea amintită. Acest lucru se realizează printr-un fel de autointerogare și autoreflecție.

Ca și în cazul celorlalte exerciții de tip meditativ, clientul se concentrează asupra stărilor produse de stres și anxietate, observând maniera în care acestea se manifestă în corp și minte, lăsându-le să se desfășoare fără a încerca să le analizeze, reprime sau să le încurajeze.

Exercițiul propriu-zis poate să se desfășoare în timpul zilei, atunci când clientul este angajat în activități cotidiene și își oferă un scurt răgaz pentru a-l practica. Pașii care trebuie parcurși sunt următorii (după Stahl și Goldstein, 2010, p. 116):

- Recunoașterea (conștientizarea) faptului că o stare emoțională puternică s-a instalat.
- Conștientizarea faptului că trăirea afectivă respectivă este prezentă în psihicul și corpul clientului.
- Investigarea stărilor fiziologice, a emoțiilor și a gândurilor care se derulează.
- Subiectul nu trebuie să se identifice cu trăirile și stările sale.

Conștientizarea emoțiilor puternice poate să pară un demers dificil, mai ales pentru persoanele formate în cultura occidentală, în care oamenii sunt educați să reprime, să nege stările emoționale negative și să evite durerea.

Autointerogarea contemplativă poate fi realizată într-un cadru special (într-un spațiu sau într-un loc anume, în care subiectul va practica meditația timp de 30–40 de minute).

Instructajul unui astfel de exercițiu este următorul (adaptat după Stahl și Goldstein, 2010, pp. 119–120):

„Adoptați o poziție comodă șezând cu spatele drept (sprijinit, dacă vă este mai comod) sau culcat pe spate, cu capul ușor ridicat. Începeți exercițiul adresându-vă un compliment pentru că v-ați găsit timpul necesar pentru practica meditativă.

Reamintiți-vă faptul că ceea ce faceți reprezintă un act de iubire.

Relaxați-vă ușor corpul și ancorați-vă în prezent, conștientizând tot ceea ce se petrece în corpul și mintea voastră... poate senzații, gânduri sau stări afective generate de evenimentele din ziua respectivă.

Conștientizând ceea ce se petrece în interiorul vostru, lăsați să se întâmple tot ce se întâmplă, fără să analizați sau să evaluați ceva.

Îndreptați-vă atenția asupra respirației și respirați normal, calm și liniștit. Inspirați și expirați, conștientizând cele două faze ale actului respirator. Concentrați-vă atenția asupra zonei abdominale și remarcați faptul că abdomenul se umflă ușor la inspirație și se dezumflă la expirație. Inspirați și expirați... inspirați și expirați...

Concentrați-vă apoi atenția asupra senzațiilor care apar în corpul vostru. Scanați tot corpul bucată cu bucată. Conștientizați fiecare senzație care se manifestă. Concentrați-vă asupra senzațiilor, deși poate ar fi mai ușor să fiți atrași de gândurile care vă trec prin minte.

Îndreptați-vă apoi atenția spre investigarea emoțiilor, gândurilor și senzațiilor produse de teamă sau de anxietate.

Încet, cu răbdare și calm, îndreptați-vă atenția asupra tuturor emoțiilor negative de anxietate, teamă, depresie, mânie. Observați ce anume simțiți în corpul și în mintea voastră.

Conștientizați dacă vă simțiți sau nu în siguranță.

Dacă sentimentul este de nesiguranță, amânați exercițiul de meditație pentru altă dată și îndreptați-vă din nou atenția asupra respirației.

În cazul în care vă simțiți în stare să continuați, îndreptați atenția spre interior și conștientizați toate senzațiile fizice, emoțiile sau gândurile care vă vin în minte. Luați act de prezența lor fără a le analiza, critica sau reprima.

Veți descoperi poate că în spatele acestor senzații, emoții, gânduri, amintiri se află o întreagă pleiadă de astfel de stări care produc teamă, anxietate sau alte emoții negative. Amintiți-vă o situație în care ați simțit o puternică emoție negativă. Conștientizați aceea emoție. Atunci când începeți să conștientizați ceea ce nu a fost încă pe deplin conștientizat, se deschide o poartă către înțelegere și iluminare.

Atunci când vă aplecați asupra propriilor emoții, acestea vă vor comunica motivele pentru care sunteți îngrijorat, mânios, speriat sau trist.

Acum veți constata faptul că rezistențele la conștientizarea emoțiilor produc și mai multă anxietate, în timp ce acceptarea lor, în loc de a lupta împotriva lor, le va reduce din forță.

Lăsați-vă dus de ceea ce simțiți în trup sau în mintea voastră, conștientizați și acceptați indiferent de ceea ce simțiți. Lăsați

valul de gânduri, emoții și senzații să se ducă acolo unde trebuie să se ducă.

Conștientizându-vă fricile sau alte emoții negative, veți ajunge la o înțelegere mai profundă a acestora, la o stare de pace și compasiune.

Readuceți acum înapoi mentalul de la autointerogarea introspectivă și concentrați-vă atenția asupra senzațiilor, gândurilor și emoțiilor prezente *aici și acum*, observându-le clipă de clipă, fără aversiune sau indulgență, cu detașare.

Comparați senzațiile, emoțiile și gândurile voastre cu norii care alunecă pe cer. Constatați tendința mentalului vostru de a analiza, evalua, clasifica, aprecia, compara, de a produce imagini, de a derula amintiri. Observați modul în care lucrează mintea voastră. Observați cum apar și dispar gândurile.

În loc să luptați împotriva lor, lăsați-vă dus în voia acestora, luați act de prezența lor cu detașare și echilibru și astfel veți înțelege mai bine.

Atunci când sunteți bântuit de frustrarea produsă de sentimente negative de teamă, anxietate, durere, furie, tristețe, veți reuși să vă detașați de aceste trăiri, să le permiteți să se ducă și astfel ele se vor diminua.

Reîndreptați-vă acum atenția asupra respirației și simțiți cum întregul vostru corp respiră. Corpul parcă se ridică la inspirație și coboară ușor la expirație. Simțiți propriul organism ca pe un întreg, ca pe un tot unitar, conectat la univers.

Adresați-vă din nou un compliment pentru că v-ați acordat un răgaz pentru meditația care va contribui la bună starea voastră fizică și psihică și trimiteți din nou un gând de dragoste și pace tuturor oamenilor cunoscuți și necunoscuți, prieteni sau dușmani, tuturor animalelor, plantelor, apelor, râurilor, lacurilor, mărilor și oceanelor, munților, dealurilor, văilor, câmpiilor, orașelor, satelor, pământului, planetelor, sistemului solar și întregului univers".

Regulile sau normele interioare în funcție de care clientul își organizează existența

Acestea se referă la opinia subiectului în legătură cu modul în care trebuie să fie propria sa persoană, ceilalți sau lumea înconjurătoare. Oamenii cheltuiesc foarte multă energie pentru a încerca să schimbe

lucrurile în direcția dorită, după ceea ce consideră ei că este bine sau rău, drept sau nedrept.

Evident că acest lucru este imposibil și indivizii devin din ce în ce mai mult frustrați și plini de resentimente.

De pildă, mulți dintre noi consideră că partenerul de viață trebuie să știe neapărat ceea ce simțim sau dorim noi, deși nu i-am spus niciodată în mod clar acest lucru. Din nefericire, majoritatea situațiilor, cum ar fi evenimentele ce se petrec în lumea externă sau comportamentul celorlalți, se află în afara controlului nostru.

Eforturile susținute de modificare a unor lucruri care nu se pot modifica au drept rezultat apariția unor sentimente de depresie, anxietate sau mânie.

Aceste imperative categorice, „trebuie neapărat", au fost descrise de psihoterapia rațional–emotivă (REBT) elaborată de Ellis (1987) sub forma unor capcane ale minții sau convingeri disfuncționale de bază („Lumea trebuie cu orice preț să fie dreaptă").

Psihoterapia bazată pe principiul conștientizării îl învață pe client ca în timpul meditației să detecteze prezența acestor reguli interioare rigide care îi guvernează existența.

Atunci când subiectul ia act de prezența lor, acesta nu trebuie să se autoblameze, ci doar să le constate prezența și apoi poate decide să se raporteze la lume într-un alt mod, devenind spre exemplu mult mai flexibil.

Clientul aflat în stare de relaxare musculară va fi ghidat să-și exploreze regulile interioare aplicate propriei persoane, celorlalți sau lumii exterioare. Acestea se exprimă, de regulă, sub forma unor afirmații referitoare la faptul că cineva sau ceva „trebuie să...".

Clientului i se cere să descrie câteva situații care au avut loc pe parcursul existenței sale, atunci când regulile interioare sau judecățile de valoare pe care le-a emis l-au condus la creșterea anxietății sau l-au împiedicat să-și atingă obiectivele dorite.

De cele mai multe ori, clientul va fi surprins să constate cât de multe imperative categorice utilizează și cum abordează realitatea prin intermediul acestei grile disfuncționale.

Demersul de modificare a regulilor interioare poate începe cu lucruri foarte simple, cum ar fi, de exemplu, schimbarea unor rutine zilnice.

Stahl și Goldstein (2010, p. 138) recomandă clienților să realizeze câteva lucruri obișnuite într-un mod diferit:

- mâncați altceva la micul dejun decât ceea ce mâncați de obicei;
- schimbați-vă coafura;
- abordați o problemă dintr-un alt punct de vedere etc.

Comunicarea interpersonală fundamentată pe principiile meditației bazate pe conștientizare

Convingerile de bază sau schemele cognitive reprezintă grile prin intermediul cărora subiectul abordează existența și care se formează în copilărie, sub influența interacțiunii cu persoanele semnificative.

Din nefericire, dacă aceste modele de comunicare au la bază relații disfuncționale între părinte și copil, acestea se vor păstra și se vor transforma în niște patternuri de comunicare asemănătoare (disfuncționale) la vârsta adultă perpetuate cu familia, prietenii sau colegii.

Astfel, dacă un părinte nu a reușit să-și învețe copilul să gestioneze corect un conflict, acesta din urmă nu va fi capabil mai târziu să facă față unei astfel de situații, copilul adoptând de cele mai multe ori fie o atitudine defensivă, non-asertivă, fie una excesiv de agresivă, chiar generatoare de ceartă.

John Bowlby (1969) a elaborat teoria atașamentului, care postulează faptul că un copil se va simți în siguranță, iubit și va dezvolta o formă de atașament securizant atunci când părintele reușește să intre în rezonanță cu lumea lui interioară și îi înțelege nevoile, emoțiile, dăruindu-i în același timp afecțiune.

Alți autori au continuat aceste cercetări și au constatat faptul că stilul de atașament variază de la un copil la altul, unele stiluri de atașament fiind asociate cu sentimentul de securitate, în timp ce altele au drept consecință insecuritatea și anxietatea (Ainsworth *et al.*, 1978; Main și Solomon, 1986).

Există și studii care evidențiază faptul că adulții care s-au format sub influența unui stil de atașament bazat pe insecuritate vor avea dificultăți la vârsta adultă în a-și controla emoțiile și în a face față stresului vieții cotidiene (Mikulincer, Shaver și Pereg, 2003).

Cu toate acestea, există metode psihoterapeutice care pot modifica stilul de atașament format la vârsta adultă (Main, Goldwyn și Hesse, 1998).

Meditația bazată pe conștientizare îi va da posibilitatea clientului să identifice și să înțeleagă propriile trăiri și experiențe deoarece

intrarea în rezonanță cu propria persoană îl va face să se simtă sigur pe sine și deschis față de propriile sale gânduri, senzații și emoții.

Această forță și siguranță interioară îl vor ajuta pe subiect să interacționeze cu ceilalți cu răbdare, empatie și înțelepciune, fie că este vorba de membrii familiei, prieteni, colegi, șefi, persoane străine, fie că sunt persoane cu care subiectul are relații încordate. Astfel, intrarea în rezonanță cu propria persoană deschide porțile intrării în rezonanță și cu ceilalți, ceea ce va ameliora calitatea relațiilor interpersonale.

Particularitățile comunicării eficiente, bazate pe principiul conștientizării sunt următoarele (Stahl și Goldstein, 2010, pp. 160–161):

- Deschiderea — reprezintă abilitatea de a privi cealaltă persoană cu „alți ochi", dintr-o altă perspectivă.
- Empatia — presupune identificarea stărilor afective ale celuilalt și plasarea propriei persoane în „pielea acestuia".
- Compasiunea — reprezintă acea particularitate a comunicării care îmbină empatia cu înțelegerea poziției sau situației altei persoane, din dorința de a-i diminua suferința. Subiectul încearcă să privească cealaltă persoană ca pe un copil care are nevoie de înțelegere, compasiune și sprijin.
- Atitudinea simpatetică — presupune ca subiectul să dorească sincer ca persoana cealaltă să fie sănătoasă, în siguranță, lipsită de anxietate, durere sau teamă.
- Bucuria simpatetică. Este o atitudine opusă geloziei și presupune faptul că subiectul se bucură de realizările și succesele celuilalt, fără invidie sau resentimente.
- Atitudinea echilibrată. Aceasta presupune abordarea cu calm și înțelepciune, atunci când vorbim despre trăirile celorlalți și despre încercările vieții. Oamenii din jurul nostru trebuie tratați cu respect, blândețe și afecțiune.

Comunicarea bazată pe conștientizare (mindfullness)

Comunicarea reprezintă un demers de intrare în contact cu alte persoane sau cu propria persoană — atât la nivel verbal, cât și la cel nonverbal.

În momentul în care această comunicare de tip empatic nu se produce, subiectul se simte amenințat și frustrat, nu mai ascultă spusele celuilalt, începe să se exprime cu dificultate și cade în cursa mentalului reactiv, începând să blameze, să judece și să-i critice pe

ceilalți. Aceștia din urmă vor deveni la rândul lor defensivi, în felul acesta având loc de obicei ceea ce numim escaladarea conflictelor.

Pe măsură ce acest ciclu se repetă, individul devine tot mai anxios, iritabil, centrat asupra propriei persoane și convins de dreptatea sa. Rezistențele și tendințele defensive se accentuează, în timp ce empatia și intrarea în rezonanță dispar (Stahl și Goldstein, 2010). O astfel de situație poate fi remediată dacă subiectul practică meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) concentrându-se asupra gândurilor, sentimentelor și senzațiilor sale, interacționând cu ceilalți în loc să reacționeze în mod automat la aceștia.

Una dintre cele mai importante abilități ale comunicării eficiente o reprezintă ascultarea conștientă, care se deosebește de cea superficială în care comunicatorii vorbesc în același timp, fără să se audă unul pe celălalt.

Stahl și Goldstein (2010, p. 164) subliniază faptul că o străveche zicală spune că *omul are o gură și două urechi, pentru a asculta de două ori mai mult decât vorbește.*

Pentru a se realiza o bună comunicare, fiecare individ trebuie să fie ascultat, să se simtă înțeles, acceptat și valorizat.

Autorii menționați mai sus (Stahl și Goldstein 2010, p. 164) realizează distincția dintre *a auzi* și *a asculta*. A auzi reprezintă un proces fiziologic pasiv în cadrul căruia subiectul nu acordă o atenție prea mare cuvintelor, în timp ce ascultarea este un demers activ prin intermediul căruia subiectul se concentrează și încearcă să sesizeze semnificația mesajului transmis, ținând seama atât de semnalele verbale, cât și de cele nonverbale.

De regulă, recepționarea conștientă a unor mesaje este perturbată de o serie de factori de natură afectivă: depresivul va auzi doar mesajele de tip trist și fără speranță, anxiosul pe cele care se referă la pericolele potențiale, iar o persoană care are anumite convingeri sau opinii va fi atentă predominat la elementele care vin să confirme respectivele convingeri.

De asemenea, o persoană care se simte amenințată va trăi o senzație de teamă sau mânie, elemente care interferează și ele cu o comunicare de tip empatic.

Meditația bazată pe conștientizare îl va ajuta pe subiect să-și observe cu atenție trăirile emoționale, înainte de a reacționa în mod impulsiv. Atitudinea nonevaluativă specifică practicii meditației bazate pe conștientizare îi va permite comunicatorului să-și sesizeze

stările afective și propriul disconfort, lăsând loc empatiei și intrării în rezonanță cu cei din jur.

Nu este un secret pentru nimeni că persoanele excesiv de agresive sunt cele care se simt amenințate, nesigure sau speriate.

Stahl și Goldstein (2010, p. 166) propun un exercițiu de ascultare bazată pe conștientizare:

> „Atunci când cineva vi se adresează, ascultați-l cu atenție fără a-l întrerupe până când nu termină ce are de spus.
>
> Remarcați orice moment când mentalul vostru tinde să vagabondeze, când vă vin în minte gânduri legate de ce veți face mâine, ori amintiri din trecut, sau argumente pentru a-l contrazice pe interlocutor. Atunci când astfel de situații apar, readuceți în mod conștient atenția la momentul prezent și continuați să ascultați. Amintiți-vă faptul că atunci când oamenii se simt ascultați, au tendința de a deveni mai puțin defensivi sau agresivi. O astfel de atitudine creează un cadru adecvat pentru interacțiune și dialog eficient.
>
> Abordați interlocutorul cu o atitudine de curiozitate nonevaluativă. În momentul în care celălalt a terminat ceea ce avea de spus, inspirați și expirați înainte de a vă grăbi să răspundeți".

Multe dintre programele de combatere a stresului în care se utilizează tehnicile de meditație bazată pe conștientizare au ca fundament principiile aikido, o artă marțială creată de maestrul Morihei Ueshiba (2002).

Această practică presupune pacificarea și reducerea conflictului, având la bază înțelepciunea, curajul, iubirea și interacțiunea. Atunci când relațiile interpersonale se desfășoară la nivel de pilot automat, cel mai adesea conflictele sunt în creștere, pentru că se declanșează reacțiile de tipul luptă, fugă sau „stană de piatră" ale indivizilor implicați. Dacă acest cerc vicios nu este destructurat, emoțiile negative îi determină pe cei care interacționează să devină agresivi, victime, pasiv–agresivi sau evitanți.

În aikido, luptătorul este învățat să răspundă unui atac printr-o mișcare inteligentă, realizată în așa fel încât niciunul dintre luptători să nu fie rănit.

Mișcarea are menirea de neutraliza acțiunea agresivă și apoi de a o transforma.

În domeniul comunicării, această abordare oferă o alternativă la conduitele de evitare pasiv-agresive, de victimizare sau de agresivitate deschisă, reprezentând ceva mai mult decât un comportament asertiv.

Principiile acestui mod de comunicare sunt următoarele (Stahl și Goldstein, 2010, pp. 167–168):

- Apropierea: în aikido, subiectul acceptă provocarea în loc să evite atacul sau să se supună adversarului. O modalitate de a realiza acest lucru este acceptarea și conștientizarea faptului că adversarul agresiv este dezechilibrat și se simte rău.

  Clientul este învățat să se pună în situația adversarului și să se întrebe cum s-ar simți dacă ar fi în locul său. Dacă nu îi sunt clare motivele atacului, este indicat să-l interogheze pe celălalt cu privire la natura sentimentelor și opiniilor acestuia: „Aș dori să vă înțeleg mai bine punctul de vedere. Explicați-mi mai mult din ceea ce se petrece".

  În acest mod sunt sădite semințele empatiei, compasiunii și intrării în rezonanță.
- Exprimarea acordului — subiectul va identifica un element din ceea ce afirmă adversarul cu care să fie de acord, validându-i astfel gândurile și sentimentele. Acesta ar putea răspunde ceva de tipul următor: „Și eu mă simt îngrijorat atunci când am probleme financiare" sau „Dacă aș fi amenințat, și eu m-aș enerva" etc.
- Redirecționarea — se referă la ghidarea discretă a interacțiunii într-o direcție mai constructivă.

  „Suntem amândoi dezamăgiți de situație!", „Ce am putea face pentru a găsi o soluție?"
- Soluționarea — atunci când se vorbește de soluționare, acest lucru nu face referire neapărat la rezolvarea conflictului, ci la faptul că ambii luptători privesc în aceeași direcție.

  În acest moment se poate eventual negocia o soluție de compromis („Dacă eu voi mânca mai rar în oraș, am putea angaja o menajeră care să se ocupe de treburile casei, ceea ce ne va permite să petrecem mai mult timp împreună").

  În cazul în care persoanele aflate în conflict nu cad de acord asupra niciunui element, se recomandă explorarea în continuare a problemelor care au generat disputa, putându-se astfel realiza

identificarea altor elemente asupra cărora s-ar putea ajunge la o înțelegere ulterioară.

Atunci când subiectul decide să intre în rezonanță cu o altă persoană, acesta trebuie să fie centrat pe sine, să-și conștientizeze stările, chiar dacă este vorba de anxietate sau frustrare.

Primul pas în realizarea acestui demers este scanarea propriului corp și dacă se identifică zone de încordare, subiectul trebuie să devină conștient de reacțiile sale, de disconfortul pe care îl resimte și de tendința de a evita acest disconfort. Se recomandă apoi concentrarea asupra respirației, care îl va aduce pe subiect în prezent, „aici și acum". Astfel, individul va putea să interacționeze flexibil și creativ în loc să reacționeze în mod automat. Există însă și situații în care adversarii nutresc convingerea că problema nu poate fi rezolvată, acordul părând imposibil deoarece opiniile celor doi sunt total diferite. În astfel de cazuri, este necesar ca protagoniștii conflictului să facă o pauză și să se reîntâlnească atunci când sunt ceva mai calmi.

A face un pas înapoi poate fi efectul conștientizării faptului că, pentru moment, problema nu poate fi soluționată.

Comunicarea cu persoanele dificile (Stahl și Goldstein, 2010, p. 173).

Există unele situații de comunicare în care avem de-a face cu persoane dificile, astfel că pare să fie imposibil să ajungem vreodată la un acord.

Înainte de a lua decizia de a nu mai stabili și găsi căi de dialog cu aceste persoane dificile, ar trebui să ne amintim învățămintele străvechilor maeștri spirituali, care ne spun că *aceștia sunt cei mai buni profesori pe care îi putem avea.*

Interacțiunile cu caracter problematic trăite de o persoană în raport cu ceilalți trebuie să fie utilizate ca oportunități pentru conștientizarea disconfortului resimțit, fără a reacționa, așa cum aminteam în rândurile anterioare, în mod evitant, pasiv-agresiv, sau agresiv și, mai ales, fără a ne poziționa în rolul de victimă.

III
Intervenții psihoterapeutice în tulburările depresive

Depresia reprezintă astăzi o dimensiune a vieții cotidiene. Jacqueline Corcoran (2009) subliniază faptul că persoana depresivă a pierdut contactul cu resursele sale interioare necesare pentru a face față depresiei, resurse care reprezintă atitudini, convingeri, abilități, comportamente și factori de suport.

Cercetările experimentale au evidențiat faptul că un stil activ bazat pe rezolvarea problemelor reprezintă un mecanism eficient (*coping*) de a face față depresiei (Holahan *et al.*, 1995).

Atunci când se instalează depresia, clientul nu face altceva decât să se gândească la cât de rău se simte.

Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM IV TR) al Asociației Psihiatrilor Americani distinge trei mari categorii ale tulburării depresive: depresia majoră din cadrul bolii afective unipolare depresive sau episodul depresiv din cadrul tulburării afective bipolare, tulburarea de adaptare cu dispoziții depresive și tulburarea distimică.

Depresia majoră se poate diagnostica în cazul în care subiectul prezintă cel puțin cinci dintre următoarele simptome:

- dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei;
- scăderea interesului și sentimentului plăcerii pentru activitățile considerate anterior ca fiind agreabile;
- oscilații semnificative ale greutății corporale (scădere în greutate și mai rar, creștere în greutate);
- oscilații semnificative ale apetitului;
- senzație de oboseală și lentoare;
- sentimente de inutilitate, culpabilitate și autodevalorizare;

- tulburări de somn: insomnii, dificultăți de adormire, treziri frecvente, senzație de oboseală la sculare, hipersomnie, coșmaruri;
- dificultăți de concentrare a atenției;
- idei legate de moarte sau suicid, tentative de suicid.

Tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă poate fi diagnosticată în cazul în care subiectul devine deprimat ca reacție la anumiți factori stresanți identificabili și de dată relativ recentă, cum ar fi ruperea unei relații de dragoste, mutarea, pensionarea, schimbarea locului de muncă, șomajul, dificultățile financiare, pierderea unei persoane apropiate, modificarea structurii familiei, probleme cu legea etc.

Aceste simptome trebuie să se instaleze într-un interval de trei luni de la evenimentul stresant și nu trebuie să dureze mai mult de șase luni, pentru ca subiectul să fie diagnosticat cu tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă.

Tulburarea distimică are un caracter cronic (durează cel puțin doi ani) și presupune trăirea unei stări depresive de intensitate mai redusă manifestată în majoritatea zilelor.

Simptomele acesteia sunt următoarele:

- tulburări de somn (insomnii, hipersomnie, somn superficial, neodihnitor, coșmaruri, treziri frecvente cu dificultăți de adormire, senzație de oboseală la trezire);
- reducerea apetitului sau tendința de a mânca în exces;
- scăderea potențialului energetic și fatigabilitate;
- probleme legate de stima de sine;
- dificultăți de concentrare a atenției și de decizie;
- sentimentul lipsei de speranță.

Modul în care se comportă persoanele depresive sau anxioase în momentul în care se simt rău reprezintă așa-numitele mecanisme de a face față situației (*coping*).

Unele persoane depresive stau în pat toată ziua, altele se uită la televizor, mănâncă în exces sau apelează la alcool și droguri. Acestea reprezintă mecanisme dezadaptative, cu caracter nesănătos.

Alte persoane depresive preferă să se întâlnească cu prietenii, să scrie ceva sau au chiar un hobby, comportamente care definesc un stil sănătos de *coping*.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală îi învață pe clienți să-și monitorizeze trăirile pe o scală gradată de la 0 la 10, în care 0 reprezintă răspunsul „mă simt îngrozitor" iar 10 — „mă simt foarte bine".

Clienții trăiesc simptomele depresiei în mod diferit. Unii nutresc gânduri cu conținut negativ (de inutilitate, culpabilitate sau autodevalorizare), alții percep mai curând stări afective (sentimente de tristețe, plâns facil), în timp ce o a treia categorie trăiește mai mult simptome fiziologice: supraîncordare, dureri de cap, oboseală, nod în gât etc. Există și subiecți care prezintă o combinație a acestor simptome.

Corcoran (2009) sugerează clienților să-și evalueze principalele simptome depresive pe respectiva scală gradată, la începutul și la sfârșitul intervenției pe care o propune.

Prima sarcină trasată clientului este să identifice mecanismele de *coping* pe care le-a folosit până în prezent pentru a face față depresiei. Unele dintre acestea pot avea un caracter dezadaptativ, în timp ce altele pot fi utilizate ca resurse interioare.

Uneori subiectului îi este dificil să identifice care sunt mecanismele adaptative de a face față depresiei și care sunt cele dezadaptative, mai ales că anumite activități pot fi utile dacă nu se abuzează de acestea, ele fiind utilizate doar ca tehnici de distragere: privitul la televizor, dormitul, căutările pe internet sau lectura unor romane slabe.

Corcoran (2009, p. 14) ne prezintă o listă a principalelor caracteristici pe care le prezintă mecanismele de *coping* cu caracter dezadaptativ:

- subiectul realizează acele acțiuni în mod exclusiv sau obsesiv;
- acțiunile respective sunt realizate pentru a evita anumite probleme;
- realizarea acestora îl împiedică pe subiect să-și îndeplinească obligațiile sau îl determină să-și neglijeze relațiile cu cei apropiați;
- cei din jur se plâng în legătură cu aceste comportamente ale subiectului;
- aceste comportamente îi produc daune în plan fizic subiectului respectiv (ca în cazul consumului de alcool, droguri sau al mâncatului compulsiv).

În exemplul următor vom prezenta două studii de caz în care subiecții descriu modul în care s-au automotivat pentru a face față depresiei.

Studiu de caz
Camelia, o profesoară în vârstă de 56 de ani, afirmă că cei doi nepoței de care are grijă și familia întreagă, pentru care dă meditații cu scopul de a-și completa veniturile, o ajută să meargă mai departe, indiferent de cât de rău se simte din cauza depresiei. Clienta a conștientizat faptul că resursa ei principală era altruismul, care o împiedica să renunțe la viață pentru a-și ajuta familia.

Studiu de caz
Mihaela, o ingineră în vârstă de 48 de ani, pensionată medical cu diagnosticul de depresie majoră, divorțată, locuia sigură împreună cu o pisică și doi căței pe care i-a adoptat de la un adăpost de animale. Clienta era conștientă de faptul că, dacă nu ar fi luat câinii, aceștia ar fi fost eutanasiați. Faptul că a reușit să le salveze viața i-a creat o motivație suficient de puternică pentru a trăi. Întreaga sa existență se structura în jurul celor trei animale pentru care pregătea mâncare și făcea curățenie. Ea ieșea cu câinii la plimbare de trei ori pe zi. Animalele erau afectuoase și jucăușe, pisica torcându-i în brațe, iar cățeii gudurându-se pe lângă ea.

Corcoran (2009, pp. 17–18) propune un exercițiu pentru explorarea resurselor interioare ale subiectului depresiv, exercițiu din care prezentăm câteva fragmente:

1. Notați ce v-ați spus în gând atunci când ați reușit să depășiți pentru moment starea de tristețe.
2. Ce acțiuni ați întreprins atunci? (de pildă: „M-am ridicat cu dificultate din pat și am scos cățeii la plimbare").
3. Cui ați solicitat ajutor atunci când v-ați simțit depășit de situație?
4. La ce resurse financiare sau spirituale ați apelat („Am mers la un curs de Reiki, unde mi-am făcut câțiva prieteni");
5. La ce calități personale ați făcut apel pentru a ieși din starea respectivă? (exemplu: Antoaneta a făcut apel la sentimentul responsabilității pe care îl avea pentru fiica ei în vârstă de 12 ani);
6. Care sunt mecanismele de tip dezadaptativ pe care le-ați utilizat până acum (exemplu: Matei, un economist în vârstă de 42 de ani, divorțat, obișnuia să bea în fiecare seară aproximativ 2–3 pahare de whisky).
7. Explorați resursele interioare pe care le aveți și la care nu ați apelat suficient:
   - ce ar trebui să vă spuneți în gând pentru a face situația mai tolerabilă?

- ce alte activități ați putea întreprinde (de pildă, Antoaneta i-ar putea pregăti Alinei hainele de cu seară pentru a nu întârzia a doua zi la școală);
- la cine ar putea apela subiectul depresiv pentru ajutor? (Antoaneta ar putea stabili cu o vecină care avea fetița la aceeași școală să-i ducă pe copii cu mașina cu rândul sau, dacă resursele financiare îi permit, ar putea angaja o bonă.) O altă clientă depresivă ar putea apela la serviciile unui psiholog.
- care sunt calitățile personale pe care clientul ar putea să le evoce pentru a depăși situația? Astfel, în loc să se simtă o persoană ratată, incapabilă, Maria ar putea să-și spună în gând că este o luptătoare care a reușit să se mențină pe linia de plutire în ciuda tuturor dificultăților pe care le-a întâmpinat.
- care este sensul existenței persoanei depresive?

De regulă, subiecții depresivi au pierdut acest sens al vieții, pe care trebuie să-l descopere cu ajutorul consilierului sau al terapeutului.

Se poate apela la sentimentele și angajamentele pe care le au față de cei dragi, la potențialul lor de altruism și generozitate, la abilitățile creative, la dorința de cunoaștere (curiozitate) sau la nevoia de evoluție în plan spiritual.

După ce clientul a răspuns la toate aceste întrebări, pe baza lor se alcătuiește un plan de a face față depresiei — *coping* (Corcoran, 2009, pp. 29—30), din care redăm aici următoarele:

- Ce pot să fac?
- Ce îmi voi spune în gând?
- La cine voi putea apela?
- La ce resurse financiare voi putea apela în caz de nevoie?
- La ce resurse de ordin spiritual pot apela?
- Pe ce trăsături de personalitate sau calități personale m-aș putea baza?
- Ce ar trebui să facă persoanele importante pentru mine atunci când simt că intru în depresie?

Cultivarea rezilienței

Reziliența reprezintă abilitatea subiectului de a face față cu bine dificultăților, în ciuda factorilor stresanți la care este supus (Corcoran, 2009, p. 32).

Persoanele cu reziliență de nivel ridicat dispun de anumite abilități de a face față dificultăților în bune condițiuni, datorită unor trăsături de personalitate cum ar fi, de exemplu, încrederea în sine, precum și prezenței unor factori de suport din exterior (familia, prietenii).

Nivelul rezilienței reprezintă rezultatul interacțiunii dintre anumiți factor de risc și factorii cu caracter protectiv.

Factorii de risc sunt alcătuiți din factori genetici (vulnerabilitatea la depresie) și factori stresanți din mediu (evenimente de viață).

Factorii de protecție sunt cei care reprezintă o contrapondere față de cei de risc și țin de calitățile subiectului (inteligență, aptitudini, temperament, potențial energetic, creativitate etc.) precum și de elementele suportive din mediul înconjurător.

Factorii de risc și cei cu caracter protectiv vor determina apariția sau non-apariția tulburării depresive, precum și evoluția acesteia în cazul în care se va instala.

Studiile au evidențiat faptul că factorii genetici joacă un rol important în instalarea depresiei, la fel ca evenimentele stresante din cadrul istoriei vieții individului, cum ar fi abuzurile sau pierderile suferite în copilărie.

De asemenea, persoanele care au tendința de a rumina în exces gânduri negative fără a identifica soluții reprezintă factori predispozanți pentru depresie (Nolen-Hoeksema și Harrell, 2002), în timp ce un stil de viață activ, bazat pe rezolvare de probleme, reprezintă un factor cu caracter protectiv, ca și prezența persoanelor suportive din anturajul subiectului (Kraaij, Arensman și Spinhoven, 2002).

Odată ce tulburarea depresivă s-a instalat, factorii de risc și cei cu caracter protectiv vor determina atât maniera subiectului în cauză de a depăși episodul depresiv, cât și maniera sa de prevenire a recăderilor în funcție de următoarele aspecte (Kennedy *et al.*, 2001; ten Doesschate *et al.*, 2009; Paykel, 2007; Corcoran, 2009):

1. Simptome depresive care predispun la o remisiune mai rapidă și mai eficientă:
   - debut tardiv (după prima tinerețe);

- un număr mai redus de simptome depresive;
- durate mai scurte ale episoadelor depresive.

2. Factori fiziologici

O stare bună de sănătate, respectiv absența unor boli cronice severe (afecțiuni cardiovasculare, cancer, SIDA, scleroză multiplă etc.), facilitează vindecarea episodului depresiv.

3. Factori de natură psihologică

Absența unor probleme psihopatologice supraadăugate cum ar fi anxietatea, tulburările conduitei alimentare sau cele legate de abuzul de substanțe reprezintă factori ce conduc la un bun prognostic al tulburării depresive.

La acestea se adaugă, așa cum am subliniat mai sus, stilul de viață activ, bazat pe rezolvare de probleme, absența ruminațiilor cu conținut depresiv și prezența sentimentelor de speranță și încredere.

4. Factori psihosociali

O familie suportivă și câțiva prieteni apropiați reprezintă factori cu caracter protectiv, ca și o situație bună în plan profesional și financiar. Evenimentele stresante repetate (pierderea serviciului, pierderi financiare, pierderea unei relații apropiate, despărțiri, schimbarea domiciliului etc.) acționează în calitate de factori de risc.

Prezentăm mai jos un tabel al factorilor de risc și al celor cu caracter protectiv care influențează revenirea din episodul depresiv (adaptat după Corcoran, 2009, p. 38).

Tabelul factorilor de risc și protectivi

Simptome depresive	**Factori de risc**	**Factori cu caracter protectiv**
Simptome depresive.	Mai multe simptome depresive. Episoade depresive timpurii (în copilărie, adolescență). Prezența unor simptome reziduale după episodul depresiv. Episoade depresive în antecedente.	Simptome depresive mai ușoare. Absența unor episoade depresive în antecedente. Absența unor simptome reziduale. Debut mai tardiv. Diagnosticare precoce.

Factori fiziologici și fiziopatologici	Stare de sănătate precară.	Prezența unei stări de sănătate bune.
Factori psihologici	Alte simptome sau afecțiuni psihopatologice.	Absența comorbidității psihiatrice (nu prezintă tulburări psihopatologice asociate).
Factori psihosociali	Relații deficitare între membrii familiei. Absența partenerului de viață. Evenimente stresante din mediul înconjurător. Statut socioeconomic scăzut.	Familia organizată și suportivă. Statut socioeconomic mediu sau ridicat.

Studiile clinice au evidențiat faptul că rețelele de suport social sunt deosebit de importante pentru prevenirea și tratamentul depresiei.

Prezența unor persoane cărora subiectul depresiv le poate cere ajutor îi conferă acestuia un sens al existenței.

Problema este că adesea nici persoanele care dispun de rețele suportive nu sunt obișnuite să solicite ajutor, ci mai mult să-l ofere sau își imaginează în mod eronat că cei din jur ar trebui să ghicească faptul că ei se simt rău și să-i sprijine.

Persoanele care suferă de depresie au tendința de a se izola social și acest lucru le împiedică să beneficieze de sprijinul celor din jur și, mai mult decât atât, izolarea contribuie la escaladarea gândirii negative care nu mai este combătută prin intermediul unor feed-backuri provenite din mediul înconjurător. (Subiectul își spune tot mai frecvent în gând: „Nimeni nu are nevoie de mine", „sunt singur pe lume", „Ceilalți nu vor regreta dacă eu voi dispărea" etc.)

De asemenea, izolarea socială contribuie la declanșarea unor mecanisme de *coping* cu caracter dezadaptativ: consum de substanțe, mâncat în mod compulsiv sau privitul excesiv la televizor.

Corcoran (2009, pp. 39–40) ne propune un exercițiu de explorare a rețelelor suportive (adaptat după Bertolino și O'Hanlon, 2002, p. 77).

1. Vă amintiți de o situație în care ați fost ajutat de alte persoane atunci când v-ați simțit deprimat sau ați avut de rezolvat o problemă dificilă?

2. Notați în detaliu cum v-ați cunoscut și v-ați apropiat de anumite persoane: prieteni, partener de viață, rude, colegi... etc.

Imaginați-vă ce ar spune persoanele respective dacă le-ați solicita ajutorul în momentul prezent.

Numele persoanei și reacția posibilă: _____

3. În cazul în care trăiți o relație de cuplu bazată pe dragoste, amintiți-vă ce ați făcut pentru ca persoana respectivă să dorească să fie împreună cu dumneavoastră. Dacă aceste lucruri nu vă sunt clare, vă puteți întreba partenerul de viață.

În cazul în care vă vin în minte răspunsuri cinice („Stă cu mine pentru banii mei") puteți să vă concentrați asupra părții bune a lucrurilor: „Sunt o persoană generoasă".

Alte elemente importante ale demersului de explorare a resurselor se referă la hobby-uri, interese, activități și preocupări de natură spirituală.

Aceste tipuri de activități au oferit satisfacție subiectului, l-au făcut să se simtă împlinit și să-și pună în valoare calitățile.

Prezentăm mai jos câteva întrebări pe care Corcoran (2009) obișnuia să le adreseze clienților săi:

- Vă amintiți de o activitate pe care ați realizat-o în trecut în afara serviciului și care v-a făcut plăcere?
- Ce calități sau abilități ați pus în acțiune atunci când desfășurați acea activitate?

  (De pildă, Marcela obișnuia, înainte de a suferi de depresie, să coasă goblenuri. Ea și-a amintit că pentru asta avea nevoie de răbdare, de concentrare a atenției și de inteligență practică pentru a înțelege desenul).
- Ce convingeri și credințe de natură spirituală v-au ajutat să faceți față dificultăților vieții?
- Ce activități de natură spirituală ați practicat? (rugăciune, meditație, yoga etc.)

Adesea, clienții care suferă de depresie aduc o serie de contraargumente atunci când li se sugerează să se întoarcă la activitățile agreabile din trecut:

– „Nimic nu-mi mai face acum plăcere".

– „Nu am voie să mă relaxez, trebuie să fac ceva util".

– „Deși îmi place să joc șah, nu sunt destul de bun pentru acest joc".

Dacă apar astfel de gânduri negative, acestea vor fi identificate și combătute prin tehnici specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

Corcoran (2009) mai adresează subiecților și întrebări referitoare la existența unor abuzuri în copilărie și la vârsta adultă, precum și la ruta profesională.

Răspunsurile subiecților la aceste întrebări îl ajută pe terapeut să stabilească o diagramă cât mai exactă a resurselor adaptative de care dispune clientul.

- Amintiți-vă o situație în care ați fost victima unui abuz în copilărie și ați reușit să scăpați. Cum ați procedat?
- Retrăiți o situație de dată mai recentă în care ați fost abuzat! Cum ați făcut față abuzului? Notați mecanismele de *coping* pe care le-ați pus în acțiune, atât pe cele pozitive, cât și pe cele negative.
- Ce v-ați spus în gând în acele momente?
- Ce calități personale ați activat?
- Ați apelat la ajutorul altor persoane?
- La ce resurse de natură spirituală ați făcut apel?
- Care este opinia dumneavoastră despre modul în care v-ați prezentat la interviurile de ocupare a unor locuri de muncă?
- Ce i-ați spus ultimului angajator pentru a-l determina să vă ofere postul?
- Evocați o situație recentă de la locul de muncă în care v-ați simțit mândru de modul în care v-ați descurcat.
- Ce credeți că au gândit atunci despre dumneavoastră șeful, colegii sau clienții?
- Cum vă caracterizează maniera în care ați făcut față cu bine acelei situații?
- Care sunt obiectivele pe care vi le propuneți pentru carieră?
- Realizați o listă a resurselor pe care le-ați identificat. Pe care le-ați putea folosi în confruntarea cu problemele viitoare?
- Amintiți-vă o situație în care ați avut un conflict serios cu partenerul de viață, conflict pe care l-ați rezolvat cu bine. Cum ați procedat, de ce calități ați dat dovadă?
- Ce credeți că ar spune copiii dumneavoastră și v-ar face să vă mândriți că sunteți un bun părinte?

- Ce aţi făcut în calitate de părinte diferit de ceea ce au făcut propriii voştri părinţi?

Clientul va fi apoi solicitat să realizeze o sinteză a resurselor sale adaptative care l-ar putea ajuta să combată depresia.

Prezentăm mai jos o diagramă a resurselor pe care le-a identificat Marta, o economistă în vârstă de 43 de ani, care s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie cu diagnosticul de depresie majoră.

Resurse adaptative	**Modalitatea de a utiliza respectivele resurse în rezolvarea situaţiilor problematice**
Resurse cognitive: – întotdeauna reuşesc să găsesc o soluţie; – totul se termină până la urmă cu bine.	Îmi repet în gând aceste lucruri atunci când mă simt rău.
– sunt conştiincioasă şi responsabilă; – sunt inteligentă şi creativă; – sunt o bună ascultătoare; – sunt caldă şi generoasă.	– Am reuşit să am o poziţie profesională foarte bună, în ciuda depresiei; – Îmi fac bine treburile acasă şi la serviciu; – Prietenii pe care i-am ascultat de multe ori ar fi dispuşi şi ei să mă asculte atunci când am nevoie. – Am un soţ iubitor, o fiică reuşită şi două pisici. Probabil că însemn ceva în viaţa asta pentru unele fiinţe.
Activităţi: – fac aranjamente de flori Ikebana; – îngrijesc şi alint pisicile; – am grijă de soţul meu (fiica este la studii în Marea Britanie).	– Aranjamentele florale mă fac să uit de depresie. – Mă bucur de frumuseţea lor. – Pisicilor le place să mă joc cu ele şi îmi oferă tandreţe. – Îmi pare bine că soţul este mulţumit de ceea ce fac în gospodărie (chiar dacă nu mai am forţa pe care o aveam înainte).
Suporturi informale (familia şi prietenii): Am două prietene pe care le sun atunci când nu mă simt bine. Mă interesează spiritualitatea orientală.	– Pot chiar să ies în oraş cu una dintre ele atunci când mă simt copleşită de probleme. – M-am înscris la un curs de Reiki.
Suporturi formale: Am mai fost la un psiholog acum 10 ani şi m-am simţit bine.	– Voi încerca să regăsesc acel psiholog sau poate voi merge la altul care utilizează tehnici asemănătoare (relaxare şi psihoterapie cognitiv-comportamentală).

Subiectul depresiv prezintă gânduri negative referitoare la viitor, printre caracteristicile depresiei aflându-se și lipsa speranței. Acesta consideră că suferințele sale vor continua la nesfârșit și că problemele sale nu au nicio soluție. Adesea singura rezolvare pe care o întrezărește depresivul este sinuciderea.

Pierderea speranței îl împiedică pe client să întreprindă o serie de acțiuni care l-ar putea face să se simtă mai bine, deoarece le consideră inutile.

O strategie terapeutică eficientă pentru depășirea depresiei constă în identificarea acelor aspecte care îi pot readuce speranța subiectului.

Unele persoane pot să-și reconstruiască această speranță mizând pe convingerile lor religioase, altele își pun speranța în copii sau în activitatea profesională.

Corcoran (2009, pp. 69–70) propune un exercițiu pentru redescoperirea speranței, exercițiu din cadrul căruia redăm câteva aspecte:

„Reamintiți-vă o perioadă mai recentă în care v-ați simțit ceva mai bine, cu ceva mai multă speranță. Ce s-a petrecut atunci? Ce ați făcut? Ce v-ați spus în gând? La ce elemente de suport ați făcut apel?"

După ce clientul a răspuns la aceste întrebări, urmează sugerarea unei proiecții în viitor, în care subiectul va trebui să se vizualizeze pe sine în lipsa depresiei.

Această strategie își are originea în psihoterapia centrată pe soluție (De Shazer, 1988) care-i adresează clientului celebrele întrebări „miracol":

- „Dacă peste noapte ar avea loc un miracol și problema ta ar fi rezolvată, cum ar arăta viața ta atunci?
- Sau ce ai putea face atunci și nu poți face acum?
- Care va fi prima persoană care va sesiza această schimbare?
- Ce îți vei spune în gând atunci?"

Studiu de caz

Cristina, o economistă în vârstă de 28 de ani, mamă a unei fetițe de 3 ani, suferea de depresie în urma decesului soțului ei, care-și pierduse viața într-un accident rutier.

Clienta a răspuns la întrebările adresate în felul următor: „Mă voi trezi dimineața după un somn odihnitor și îmi voi spune în gând că este soare afară și că voi avea parte de o zi bună... Îmi voi îmbrățișa fetița, o voi îmbrăca, îi voi pregăti micul dejun și voi avea răbdare cu ea atunci când se joacă și face mofturi la mâncare.

Voi lăsa copilul în grija mamei mele și apoi voi pleca la serviciu îmbrăcată frumos și fardată.
Îmi voi spune în gând că, deși am trecut prin acea nenorocire, totuși am un serviciu interesant și bine plătit la o firmă multinațională și că sunt foarte apreciată aici și am reale posibilități de avansare. Poate voi fi trimisă și la sediul central al firmei, care se află în Belgia. Cu salariul obținut pot asigura un trai bun fetiței mele. După orele de program voi merge la gimnastică aerobică, iar în weekend voi ieși la cumpărături cu prietena mea cea mai bună, care este necăsătorită."

Corcoran (2009) subliniază faptul că această proiecție în viitor trebuie să fie foarte concretă, clientul imaginându-și ce gânduri îi vor trece prin minte și ce comportamente va pune în acțiune. Este neproductiv ca acesta să-și spună: „Mă voi simți mai bine". De asemenea, este indicat ca scenariul pentru viitor să fie exprimat în termeni pozitivi (subiectul trebuie să vizualizeze ce dorește să se întâmple și nu ce ar prefera să nu se întâmple) și realiști.

Astfel, de exemplu, afirmația clientului care spune că ar dori să câștige la 6 din 49 are un caracter nerealist. Specialiștii în psihoterapia centrată pe soluție (De Jong și Berg, 2012), propun clienților depresivi un exercițiu prin intermediul căruia aceștia sunt învățați să-și stabilească obiective pentru viitor.

Clienții trebuie să răspundă la următoarele întrebări:

- Care este cel mai puternic factor stresant care acționează asupra voastră?
- Notați două sau trei aspecte care ar trebui schimbate pentru ca situația să devină ceva mai bună.
- Cum veți afla că situația s-a îmbunătățit?

Clienții depresivi sunt adesea depășiți de problemele lor, obiectivele care le stau în față părându-li-se mult prea dificil de atins. Din acest motiv, fiecare obiectiv trebuie fragmentat în pași mici.

Astfel, un client care a rămas șomer va trebui să-și propună următoarele acțiuni pentru a-și spori șansele de a găsi un loc de muncă potrivit:

- accesarea unor site-uri pe internet unde sunt prezentate oferte de locuri de muncă;
- actualizarea CV-ului;

- consultarea unor prieteni în legătură cu posibilitatea de a se angaja la firmele sau instituțiile la care lucrează ei;
- consultarea site-urilor firmelor care fac angajări în domeniul respectiv;
- trimiterea CV-ului la mai multe companii;
- pregătirea pentru interviul de angajare.

Psihoterapia scurtă centrată pe soluție (de Jong și Berg, 2008) recomandă clienților depresivi identificarea momentelor în care se simt ceva mai bine. Aceste momente sunt considerate „excepțiile de la regulă".

Autorii mai multor studii (Bertolino și O'Hanlon, 2002; Cade și O'Hanlon, 1993) sunt de părere că nu este indicat să se adreseze subiecților întrebarea: „De ce?" răspunsul frecvent la această întrebare fiind „Nu știu". Mult mai indicate ar fi întrebările de tipul „Când?", „Unde?", „Ce?", „Cine", pentru a caracteriza momentele de excepție în care subiectul depresiv s-a simțit mai bine.

Prezentăm mai jos răspunsurile Margaretei, o avocată în vârstă de 43 de ani, divorțată, fără copii, care suferea de mai mult timp de depresie în urma despărțirii de soțul ei.

Întrebări	**Răspunsuri oferite de clientă**
• Care sunt intervalele de timp când te simți mai bine? (momente ale zilei, săptămâni, luni).	— Mă simt mai bine spre seară, când mă pot concentra mai mult asupra dosarelor clienților. – Mă simt mai bine vara când este cald afară. – Mă simt mai bine când am activități la tribunal sau ies în oraș cu prietena mea.
• Unde te afli atunci când te simți mai bine?	- Mă simt mai bine atunci când mă aflu în afara casei, mai ales în natură.
• Ce ai simțit atunci când ai avut o stare mai bună?	— M-am simțit mai puțin obosită, mai plină de energie; m-am putut concentra mai bine.
• Ce acțiuni ai întreprins atunci când te-ai simțit mai bine?	— De obicei mă simt mai puțin deprimată atunci când ies cu prietenii, când vizionez un film de aventuri sau ies la cumpărături.
• Ce ți-ai spus în gând atunci când te-ai simțit mai bine?	— Cred că sunt unele lucruri pe care pot să le fac pentru a-mi depăși depresia.

• Cine contribuie ca tu să te simți mai bine?	– Mă simt mai bine atunci când pledez în instanță și câștig procesul sau atunci când ies în oraș cu prietena mea care este și ea singură.

Persoanele care suferă de depresie au o motivație foarte scăzută pentru a întreprinde ceva care i-ar ajuta să iasă din această afecțiune. Înainte de a se angaja în demersul de schimbare, clientul va fi învățat să evalueze beneficiile și costurile acestui proces (Miller și Rollnick, 2002).

Corcoran (2009) ne prezintă argumentele sau motivele pe care le poate invoca subiectul pentru a evita schimbarea și a rămâne depresiv.

- schimbarea presupune un efort prea mare;
- teama de schimbare;
- teama de eșec („Ce va fi dacă demersurile mele vor eșua?");
- teama că subiectul va suferi și mai mult dacă va întreprinde ceva pentru a ieși din depresie;
- dacă subiectul este depresiv, ceilalți vor trebui să-i acorde atenție și să aibă grijă de el;
- prejudecata potrivit căreia depresia îl face pe individ să pară mai profund și mai creativ;
- concepția că depresia îl definește pe individ ca personalitate;
- teama că nu va avea despre ce să discute cu ceilalți dacă nu s-ar mai lamenta în permanență;
- teama de a-și pierde cercul relațional – de regulă persoana depresivă are tendința de a interacționa (în cazul în care nu se izolează aproape complet) tot cu persoane depresive.

Aceeași autoare (Corcoran, 2009) ne prezintă și o listă a dezavantajelor menținerii stării depresive:

- probleme și dificultăți în relația de cuplu

Din cauza simptomelor depresiei (potențial energetic scăzut, apatie, lipsă de speranță, absența bucuriei de viață, a sentimentului plăcerii), clienții depresivi nu sunt persoane agreabile. Aceștia sunt adesea excesiv de critici cu partenerii de viață și îi frustrează nerăspunzând afecțiunii lor și încercărilor acestora de a-i ajuta.

- deteriorarea relațiilor sociale

Persoanele depresive au tendința de a se izola și de a evita cât mai mult contactele sociale care i-ar ajuta să-și depășească depresia. De asemenea, subiecții depresivi nu sunt prea simpatizați de ceilalți, care nu le mai caută compania.

- deteriorarea stării de sănătate

Clienții depresivi fac mai puține exerciții fizice, sunt mai înclinați spre abuzul de substanțe, se îmbolnăvesc mai ușor și au o durată de viață mai redusă (Rugulies, 2002).

- deteriorarea abilităților de părinte

Studiile au evidențiat faptul că aproximativ 40% dintre copiii unor părinți depresivi au devenit depresivi la rândul lor (Beardslee *et al.*, 2007).

Acest lucru se întâmplă atât din cauza unor factori genetici, cât și din cauza neimplicării și sentimentului de neajutorare pe care îl trăiesc părinții care suferă de depresie (Goodman, și Gotlib, 1999).

Aceștia își învață în mod indirect copiii să devină depresivi prin intermediul comportamentelor și gândirii negative pe care le afișează (Place *et al.*, 2002).

De asemenea, părinții depresivi evaluează negativ comportamentul copiilor și au tendința de a-i pedepsi mai mult.

Clienții depresivi pot fi ajutați de către terapeut să realizeze așa-numita „balanță motivațională" (Miller și Rollnick, 2002). Aceasta cuprinde următoarele indicații:

- Notați dezavantajele angajării în demersul de schimbare.
- Notați dezavantajele de a rămâne depresiv.
- Notați avantajele menținerii stării depresive.

După analizarea celor scrise de subiect, acesta va trebui să evalueze pe o scală gradată de la 0 la 10 motivația pentru schimbare (în care 0 înseamnă *nu doresc de loc să mă schimb* și 10 *doresc foarte mult să mă schimb și să depășesc starea depresivă*).

Un element important în cadrul terapiei depresiei îl reprezintă și identificarea mecanismelor dezadaptative de a face față acesteia.

Există unele deprinderi sau activități care, realizate cu moderație, pot fi acceptate. Printre acestea se numără: privitul la televizor sau jocurile pe calculator.

Alte comportamente, cum ar fi utilizarea unor substanțe de abuz, autoagresiunea sau tentativele de suicid, reprezintă factori de risc pentru individ și nu contribuie la ameliorarea depresiei, ci, dimpotrivă, o accentuează.

O problemă specială o reprezintă medicația psihotropă pentru tulburarea depresivă.

Necesitatea medicației este stabilită de medicul psihiatru, care trebuie să colaboreze strâns cu clientul pentru a găsi tratamentul adecvat.

De regulă, tratamentul psihiatric este necesar pentru depresia majoră, unde există un important risc suicidar. În cazul formelor mai ușoare de depresie, psihoterapia poate reprezenta adesea un tratament adecvat.

Nerespectarea tratamentului indicat de medicul psihiatru sau automedicația pot reprezenta comportamente cu caracter dezadaptativ.

Corcoran (2009, p. 120) solicită clienților depresivi aflați în terapie să aleagă un tip de comportament pe care îl consideră problematic și să răspundă la următoarele întrebări referitoare la acestea:

- Vă simțiți rău sau vinovat după ce ați făcut acel lucru?
- Apar probleme somatice cauzate de acel tip de comportament? (De pildă, creștere în greutate, probleme medicale etc.)
- Cei apropiați își exprimă îngrijorarea în legătură cu respectivul comportament?
- Aveți tendința de a ascunde respectivul comportament?
- Vă împiedică respectivul comportament să faceți anumite lucruri importante pentru dumneavoastră (să vă petreceți timpul în compania partenerului de viață sau a copiilor)?
- Vă spuneți adesea în gând că nu veți mai face acel lucru, dar totuși continuați să-l faceți?
- Vă afectează respectivul comportament activitatea socială sau profesională?

În continuare se propune clientului depresiv să elaboreze, așa cum menționam anterior, „balanța motivațională" (Miller și Rolnick, 2002) în cadrul căreia să noteze avantajele și dezavantajele menținerii comportamentului dezadaptativ.

Prezentăm mai jos balanța motivațională a Mirelei, o cercetătoare în vârstă de 43 de ani, divorțată, care a fost diagnosticată cu depresie majoră.

Aceasta a considerat ca fiind problematic privitul în exces la televizor.

Tabelul balanței motivaționale

Avantajele comportamentului problematic	**Dezavantajele comportamentului problematic**
Privitul în exces la televizor	
Mă simt singură și televizorul îmi ține de urât. Îmi umplu timpul seara și la sfârșit de săptămână. Îmi distrag atenția de la starea mea proastă.	Mă simt vinovată pentru că nu fac ceva mai util. M-am îngrășat pentru că, în timp ce mă uit la televizor, mănânc prea mult și adesea, alimente nepermise. Nici măcar nu îmi plac programele pe care le urmăresc. Mă încarc negativ atunci când mă uit la știri sau la emisiuni politice care sunt excesiv de agresive.

Este evident faptul că în cazul acestei cliente aspectele negative ale menținerii comportamentului problematic le depășesc pe cele pozitive.

Una dintre principalele temeri ale clientului depresiv constă în aceea că nu va găsi o alternativă de a face față depresiei sale. Terapeutul va trebui să-i ofere acestuia strategii alternative, cu caracter adaptativ.

Corcoran (200) propune următoarele strategii pentru depășirea depresiei:

1. Identificarea declanșatorilor depresiei.

Aceștia se pot referi la stări fiziologice ale organismului, la gânduri negative, la situații sociale, la evenimente din mediul înconjurător sau la anumite stări afective. Clientul va fi îndrumat să noteze aceste aspecte:

- gânduri negative: „Nimeni nu mă agreează", „Dacă nu fac totul perfect înseamnă că sunt un ratat", „Toți colegii mei sunt mai buni decât mine" etc;

- stări fizice neplăcute: migrenă, dureri menstruale, dureri articulare, lipsa unui somn odihnitor etc.;
- situaţii sociale stresante: sancţiuni pe linie profesională, pierderi financiare, şomaj, ruperea unei relaţii apropiate sau simplul fapt că subiectul nu a fost invitat la o petrecere la care au fost invitaţi toţi colegii săi;
- evenimente legate de mediul înconjurător: desfăşurarea existenţei într-o ambianţă urâtă, periculoasă sau murdară îl poate face pe subiect să se simtă deprimat.

  De asemenea, manifestările climatologice pot contribui la instalarea, accentuarea sau menţinerea depresiei. Specialiştii în domeniul psihiatriei vorbesc şi de aşa-numita *depresie sezonieră*, care apare mai ales pe timp de iarnă, când ziua este mai scurtă, cu lumină mai puţină.
- stări afective: teamă, anxietate, frustrare, mânie, iritare, plictiseală, culpabilitate sau ruşine.

  Trebuie subliniat faptul că, de cele mai multe ori, clientul depresiv nu sesizează legătura dintre depresie şi celelalte stări afective, dacă terapeutul nu îi atrage atenţia asupra acestei legături.

  După ce a conştientizat declanşatorii depresiei, clientul va fi învăţat cum să le facă faţă (Corcoran, 2009).

2. Acceptarea stării emoţionale negative.

Clientul depresiv va fi ghidat să conştientizeze starea afectivă negativă şi să o lase să se desfăşoare, răspunzându-şi la următoarele întrebări (Corcoran, 2009, pp. 154–155):

- Ce simţi în interiorul corpului sau în plan mental?
- Ce culoare are starea afectivă respectivă?
- Ce formă are?
- Ce intensitate şi consistenţă are respectiva stare?
- Ce modificări suferă starea emoţională negativă?

3. Controlul stărilor afective negative prin metoda programării activităţilor.

Clientul depresiv se poate simţi depăşit de starea sa depresivă. Din acest motiv, programarea unor activităţi poate să-l ajute pe acesta să-şi construiască un sens al existenţei.

Programarea activităţilor se realizează după următoarea schemă:

- Activități obligatorii;
- Activități care pot fi amânate;
- Activități care pot fi delegate altor persoane;
- Activități agreabile.

Acestea din urmă contribuie la apariția sentimentului plăcerii care la subiectul depresiv lipsește. De regulă, acesta opune rezistență la ideea de a face ceva, dar în momentul în care începe să se angajeze într-o activitate plăcută constată cu surprindere că aceasta îi aduce mai multe satisfacții decât ar fi crezut.

Activitățile agreabile sugerate clientului pot fi:

- shoppingul;
- grădinăritul;
- vizionarea unui film bun;
- ascultarea muzicii favorite;
- întâlnirea cu un prieten apropiat;
- exercițiile fizice;
- plimbările;
- consumarea unui fel de mâncare preferat;
- jocurile pe calculator;
- tricotatul etc.

Mai ales atunci când este vorba de sarcini pe care subiectul depresiv trebuie să le realizeze, acestea se vor fragmenta în pași mici, pentru ca persoana în cauză să nu se mai simtă depășită de complexitatea lor (de exemplu, sarcina de a face curățenie în casă ar putea fi împărțită astfel: spălatul vaselor, udatul florilor, aspiratul în încăperi, aranjatul cărților de pe birou etc.).

4. Evitarea stimulilor declanșatori ai depresiei.

Se pot limita, de pildă, contactele cu persoanele depresive sau cu cele care îl stresează pe client.

Strategiile de evitare nu funcționează însă pe termen lung, necesară fiind înlocuirea acestora cu unele mai constructive.

Studiu de caz

Mariana, în vârstă de 36 de ani, specialistă IT, era căsătorită cu un bărbat alcoolic și agresiv. Ea obișnuia să facă față situației rămânând multe ore peste program,

astfel încât, atunci când se întorcea acasă, soțul ei era deja adormit. Rezultatul a fost că pacienta a dezvoltat un sindrom de suprasolicitare.

5. Modificarea situațiilor care contribuie la declanșarea depresiei.

Există anumite aspecte ale existenței care nu pot fi modificate, cum ar fi, de pildă, prezența unui handicap fizic sau boala gravă a unei persoane apropiate.

Terapeutul îl ghidează pe client să analizeze acele aspecte ale existenței sale care generează depresie și care ar putea fi modificate.

De pildă, Corneliu, un economist în vârstă de 39 de ani, a decis în urma psihoterapiei să renunțe la activitatea de relații cu publicul, activitate pe care o considera stresantă, și să-și caute un loc de muncă în care i se cerea să lucreze mai mult la calculator.

6. Strategia de a face față (*coping*) factorilor declanșatori ai depresiei.

Aceasta se aplică acelor cazuri în care nu există posibilitatea schimbării situațiilor externe și presupune restructurarea cognitivă ce este specifică psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

7. Comunicarea referitoare la factorii care generează depresie.

Discuțiile deschise, desfășurate pe un ton asertiv, cu persoanele care îl stresează pe client, pot genera, în anumite situații, ameliorarea problemei.

Marta, o traducătoare în vârstă de 27 de ani, considera că unul dintre cei mai importanți declanșatori ai depresiei sale erau relațiile cu partenerul de viață, care era gelos și hipercritic.

Terapeutul a sfătuit-o ca într-o primă etapă, înainte de a lua vreo decizie cu caracter mai radical, să aibă o discuție deschisă cu acesta.

8. Modificarea gândurilor negative automate și a convingerilor disfuncționale.

Specialiștii în psihoterapie cognitiv-comportamentală consideră că nu atât împrejurările exterioare, cât mai ales modul oamenilor de a le interpreta conduc la producerea de stări afective negative și comportamente dezadaptative.

Stilul irațional, distorsionat, de a gândi reprezintă un factor de risc pentru depresie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală propune clientului un demers care presupune identificarea gândurilor negative, testarea gradului lor de veridicitate și înlocuirea cu unele mai realiste.

Clientul este învățat să identifice gândurile care îi vin în minte atunci când se simte deprimat.

Exemplu

Mihai, un student care tocmai s-a despărțit de prietena sa, își spune în gând: „Voi rămâne singur pentru totdeauna", „Nu voi mai găsi niciodată o fată potrivită", „Nu voi putea supraviețui fără ea".

Clientului i se cere să identifice gândul negativ și să-și noteze dispoziția pe o scală gradată de la 1 la 10 (în care 1 înseamnă: „Mă simt îngrozitor", iar 10: „Mă simt foarte bine"). Urmează apoi demersul de combatere a gândurilor negative, demers care presupune:

(Corcoran, 2009, p. 163):

- căutarea dovezilor;
- adoptarea unei perspective diferite;
- contraargumentarea.

Clientul este învățat să definească în mod cât mai concret și mai exact presupusul dezastru care se va produce („Nu voi putea trăi fără ea").

Întrebat fiind care va fi cel mai rău lucru care va rezulta în urma despărțirii, Mihai a răspuns că va sta toată ziua întins în pat, nu va avea grijă de igiena personală; va consuma alcool în exces și nu se va mai prezenta la examene.

În cazul în care clientul se etichetează ca fiind o ființă incapabilă sau ratată, terapeutul îi va cere să definească precis ce înțelege prin aceasta.

Spre exemplu, Marina se considera o ratată pentru că nu obținea numai note de 9 și 10 la facultate și pentru că nu se pricepea la calculatoare la fel de bine ca prietenii săi.

O altă modalitate de a se aborda etichetările constă în a-i adresa clientului întrebarea referitoare la ceea *ce face* altă persoană pentru a fi considerată ratată.

În majoritatea cazurilor se constată faptul că subiecții depresivi sunt mai exigenți cu ei înșiși decât cu ceilalți, utilizând standarde duble.

Clientului i se poate cere să-și imagineze toate consecințele posibile ale afirmației cu caracter global, consecințe care se vor dovedi absurde: „Dacă sunt o proastă înseamnă că voi fi dată afară de la serviciu și nu-mi voi mai găsi niciodată un alt loc de muncă".

Odată identificate gândurile negative se va cere subiectului să găsească o serie de dovezi pentru a demonstra faptul că și acestea sunt adevărate și că ceea ce el își imaginează se va produce cu adevărat.

Exemplu

Camelia, o secretară în vârstă de 27 de ani, a afirmat că nu va mai putea supraviețui despărțirii de iubitul ei.

Terapeutul i-a adresat întrebarea referitoare la modul în care aceasta a supraviețuit în trecut unor despărțiri.

Clienta a relatat faptul că a mai trecut de două ori prin astfel de situații, a plâns mult timp, aproximativ două săptămâni, a avut un randament mai scăzut la serviciu, dar șeful și colegii au manifestat înțelegere față de ea. După scurt timp, clienta și-a revenit.

Exemplu

Cornelia, o profesoară în vârstă de 35 de ani, se considera ratată pentru că nu a fost admisă la doctorat. Analizând evoluția sa profesională împreună cu terapeutul, aceasta și-a reamintit că a terminat facultatea de filologie ca șefă de promoție, a urmat un masterat și o specializare de 6 luni în Marea Britanie, câștigând o bursă. Cornelia este cadru didactic la unul dintre cele mai cunoscute licee din București, are gradul didactic I și este foarte apreciată de elevi și de conducerea școlii.

Terapeutul a subliniat faptul că numărul de locuri la doctorat este foarte mic și că mai există și alte sesiuni de admitere.

O altă modalitate de a combate gândurile disfuncționale negative este abordarea situației dintr-o altă perspectivă (McKay, Davis și Fanning, 2011).

Astfel, de pildă, Camelia a realizat că, după despărțirea de prietenul ei, s-a întors la facultate, s-a înscris la un curs de gimnastică aerobică, și-a reluat vechile prietenii din liceu în loc să aibă certuri frecvente cu partenerul care consuma droguri și o manipula în plan emoțional.

Gândurile negative disfuncționale pot fi combătute și prin utilizarea metodei analizei beneficiilor și costurilor menținerii unui gând negativ (Young, 1999).

Prezentăm mai jos avantajele și dezavantajele menținerii convingerii negative disfuncționale: „Eu trebuie întotdeauna să fac lucrurile perfect".

Avantaje	Dezavantaje
„Sunt eficient la locul de muncă."	„Nu sunt capabil să mă relaxez niciodată."
„Sunt apreciat de șefi și colegi".	„Mă epuizez în plan fizic și psihic"; „Nu mă pot odihni noaptea".
„Activitatea profesională de vârf conferă un sens existenței mele."	„Sunt înclinat spre depresie"; „Am foarte puține bucurii și satisfacții în viață"; „Nu am timp să mă ocup de familia mea."

După demersul de combatere a gândurilor și convingerilor negative, disfuncționale, urmează înlocuirea acestora cu unele mai realiste, alternative.

Trebuie subliniat faptul că, de cele mai multe ori, substituirea unui gând sau a unei convingeri negative cu opusul acestora este exagerată și nerealistă.

Astfel, convingerea negativă „sunt un ratat" nu va putea fi înlocuită cu convingerea „sunt un învingător".

Din acest motiv, gândurile și convingerile alternative trebuie să aibă un caracter realist și moderat (în loc de convingerea „sunt un ratat", clientul va trebui să adopte convingerea „sunt un om supus greșelilor, uneori am succese, alteori eșecuri, la fel ca toți oamenii").

Corcoran (2009, pp. 179–180) propune clienților următorul exercițiu:

- notați într-un jurnal noua convingere alternativă realistă și bifați pe o scală gradată de la 0 la 10 cât de mult credeți în convingerea respectivă.

Sorina, o traducătoare în vârstă de 42 de ani, divorțată, mamă a doi copii, a elaborat următoarea convingere alternativă: „Sunt o persoană valoroasă la fel ca oricare alta".

- notați trei acțiuni pe care le veți întreprinde pentru a cota noua convingere cu nota 10.

Sorina a selecționat următoarele acțiuni:

- îmi voi expune totdeauna punctul de vedere;
- voi lupta pentru drepturile mele;
- le voi impune copiilor mei anumite reguli;
- voi face anumite lucruri care îmi fac plăcere.

- notați unde v-ar plasa o persoană apropiată în ceea ce privește convingerea alternativă aleasă.

Sorina: „Prietena mea ar spune că eu mă situez la nivelul 3 pe scala gradată pentru că nu am deloc încredere în mine și nu fac nimic pentru mine, ci doar pentru cei din jur".

- notați câteva acțiuni concrete pe care le veți întreprinde pentru a vă ridica scorul.

Acțiunile pe care și le-a propus Sorina au fost următoarele:

- voi ieși în oraș o dată pe săptămână împreună cu prietena mea, în timp ce copiii sunt la grădiniță;
- mă voi înscrie la un curs de dans;
- îi voi spune șefului să nu-mi mai traseze sarcini cu 10 minute înainte de încheierea programului.

- notați pe o scală de la 1 la 10 modul în care vă simțiți acum, după ce ați îmbrățișat noua convingere (1 = foarte rău, 10 = mă simt excelent).

Seligman (2004) crede că este util ca subiectul aflat în terapie să înlocuiască fiecare gând sau convingere negativă disfuncțională cu câte două gânduri alternative realiste.

De pildă, Amalia, o programatoare în vârstă de 27 de ani, a identificat pentru gândul negativ: „Colegii mi-au spus că par obosită, înseamnă că arăt îngrozitor", cu următoarele gânduri alternative:

- „Mi-a plăcut foarte mult să urmăresc filmele polițiste noaptea la televizor, chiar dacă a doua zi am fost mai obosită";
- „Colegilor de serviciu le pasă de mine dacă au remarcat faptul că nu arăt la fel ca de obicei".

Frecvent, persoanele depresive au un deficit în ceea ce privește repertoriul relațiilor interpersonale, ceea ce le determină să aibă în jurul lor puține persoane suportive.

Dezvoltarea abilităților de comunicare îi va ajuta pe depresivi să socializeze mai bine, să-și împărtășească sentimentele celorlalți și să solicite sprijin în situații de stres.

Corcoran (2009, pp. 194–195) propune câteva exerciții pentru optimizarea deprinderilor de comunicare. Înainte de punerea lor în aplicare, subiectul este dirijat să-și evalueze dispoziția afectivă pe scala gradată de la 1 la 10 (în care 0 înseamnă *mă simt foarte rău*, iar 10 *mă simt excelent*).

- Salutați trei persoane zâmbindu-le și spunându-le „Bună ziua" și notați reacțiile acestora. După ce ați realizat acest lucru, evaluați din nou starea afectivă.

- Inițierea unei conversații:
  - discuțiile despre fenomenele meteo se utilizează frecvent pentru că vremea de afară reprezintă o situație pe care o trăiesc toți oamenii din jur;
  - dacă vă aflați în parc împreună cu cei mici, puteți discuta cu alți părinți probleme referitoare la creșterea copiilor;
  - dacă vă aflați la locul de muncă, puteți aborda subiecte referitoare la sarcinile de serviciu;
  - dacă participați la un eveniment cultural, puteți comenta respectivul eveniment.

- Formarea deprinderilor de ascultare activă.

Ascultarea activă presupune menținerea contactului vizual cu interlocutorul, semnale nonverbale care să indice faptul că înțelegem ce spune cealaltă persoană, parafrazări, empatizare cu interlocutorul și evitarea sfătuirii directe.

Astfel, de pildă, unei femei care ar dori să-și întrerupă concediul de creștere a copilului am putea să-i spunem: „Este o decizie dificil de luat, mai ales că o bonă pricepută nu se găsește prea ușor", în loc de afirmația: „Trebuie să rămâi neapărat acasă până când fiica ta va împlini doi ani".

- Adresarea unor întrebări deschise.

Întrebările închise solicită clientului un răspuns precis și adresarea acestora poate lăsa impresia unui interogatoriu („Ce profesie ai?", „Câți copii ai?" etc.).

IV
Terapia prin acceptare și angajament în tratamentul depresiei

Acest model terapeutic al psihoterapiei acceptării și angajamentului (ACT — Acceptance and Commitment Therapy) a fost utilizat în terapia depresiilor de către Kirk Strosahl și Patricia Robinson în 2008.

Autorii subliniază faptul că depresia reprezintă o problemă de sănătate foarte răspândită în societatea contemporană. Opinia majorității specialiștilor, dar și a oamenilor obișnuiți este că depresia reprezintă o stare anormală, o boală psihică ce are baze biologice și care trebuie depășită cu ajutorul tratamentului.

Se spune, de asemenea, că pentru a-ți pune existența sub control ca persoană suferindă trebuie mai întâi să te vindeci de depresie, utilizând medicamentele antidepresive prescrise de medic.

Autorii menționați (Robinson și Strosahl, 2008) propun o altă perspectivă asupra depresiei, considerând-o rezultatul unui dezechilibru în anumite sectoare ale existenței. Conform acestei concepții, depresia nu este un accident ce apare brusc la un individ care duce o viață sănătoasă, bogată și plină de sens, ci reprezintă consecința a ceea ce facem cu viața noastră. Mai exact, depresia vine să ne spună că a sosit momentul să analizăm și să abordăm toate aspectele existenței care nu se află în echilibru.

Desigur, acest mesaj nu este identic pentru toți subiecții, dar în general este posibil ca subiectul depresiv să se depărteze de acele aspecte ale existenței pe care le valorizează cel mai mult.

Multe persoane afectate de depresie consideră că această afecțiune le determină să se retragă din activitățile cotidiene, având astfel drept obiectiv să elimine mai întâi depresia pentru a-și trăi viața.

Spre deosebire de acestea, întrebările deschise invită subiectul la conversație, permițându-i să formuleze propriile răspunsuri.

- Utilizarea mesajelor care încep cu „eu".

Acestea se folosesc în managementul conflictelor și sunt de tipul următor: „Eu m-am simțit dezamăgită pentru că nu mi-ai telefonat că întârzii" în loc de: „De ce nu m-ai sunat?", „Tu niciodată nu te gândești la ceilalți", „Ești un egoist!"

Forma standard a acestui mesaj este următoarea: „Eu mă simt_____ atunci când tu faci _____ te comporți _____".

- Adresarea unor solicitări clare și explicite atunci când intenționăm să le cerem celorlalți să-și modifice comportamentul, ca în exemplele următoare:
  - „M-aș simți mai bine dacă mi-ai telefona în fiecare seară".
  - „Lasă-mi puțin timp să mă schimb și să-mi verific e-mailul când mă întorc de la serviciu" în loc de: „Încetează să mă mai bați la cap cu problemele tale imediat ce am intrat pe ușă".

Aceste deprinderi de comunicare eficientă vor fi exersate prin intermediul unor jocuri de rol realizate de către client și terapeut sau în cadrul psihoterapiei și consilierii de grup.

Din păcate însă, acest gen de abordare nu dă rezultatele scontate. În mod paradoxal, toate încercările de a elimina depresia depănând gândurile negative, amintirile sau stările afective disfuncționale nu fac decât să întărească depresia, deoarece clientul „macină" astfel de gânduri, stări afective și amintiri care au ca efect accentuarea tulburării și limitarea activităților utile sau agreabile.

Robinson și Strosahl (2008, p. 3) sunt de părere că majoritatea oamenilor își doresc aceleași lucruri în viață: o stare de sănătate bună, relații calde și pline de afecțiune cu cei dragi, o activitate profesională atractivă și bine remunerată, precum și activități recreative și spirituale care să le îmbogățească existența.

Acest mod de viață este considerat de autorii menționați „existența vitală" în cadrul căreia subiectul trăiește din plin atât experiențe nedorite, cât și pe cele dorite, și întreprinzând acele acțiuni care reprezintă o valoare pentru el.

Autorii propun o serie de metode cu scopul de a-i ajuta pe subiecți să definească modul în care doresc să se desfășoare existența lor, să accepte provocările, suișurile și coborâșurile inevitabile pe care le oferă existența și să rămână permanent centrați pe obiectivul ales.

Modelul terapeutic ACT (Acceptance and Commitment Therapy) își are rădăcinile în psihoterapia cognitiv-comportamentală a anilor 1980 și a avut ca obiectiv inițial studierea rolului exprimărilor verbale și a gândurilor asupra suferinței psihice și fizice.

Acest gen de intervenție a fost aplicat în diverse situații, cum ar fi tratamentul durerilor cronice, al anxietății sau abandonarea fumatului.

Modelul terapeutic ACT s-a dovedit util în terapia depresiilor, studiile arătând că efectele obținute se mențin și după încheierea terapiei (Zettle, Rains și Hayes, 2011).

Terapia ACT postulează faptul că majoritatea experiențelor psihologice nedorite nu pot fi eliminate sau controlate, așa că ele trebuie acceptate.

Prin intermediul conștientizării și acceptării, clientul va reuși să se distanțeze într-o anumită măsură de efectul imediat al emoției și nu va mai fi „devorat" de aceasta.

Același lucru se petrece și cu gândurile negative, amintirile neplăcute sau cu anumite senzații corporale dezagreabile pe care clientul trebuie să învețe să le accepte în loc să se lupte cu ele. În felul acesta va acorda timpul și energia sa acelor aspecte pe care le poate controla.

O trăsătură caracteristică a ACT se referă la accentul pus pe sistemul personal de valori al individului, valori care trebuie explorate și transformate în obiective pentru a conduce la o existență încărcată de sens.

Obiectivul principal al terapiei ACT constă în dezvoltarea unei mai mari flexibilități în maniera în care subiecții abordează existența. Flexibilitatea înseamnă adoptarea unor comportamente sănătoase, chiar dacă acestea nu par atractive la prima vedere și stoparea celor nesănătoase, chiar dacă oferă satisfacții pentru moment. De asemenea, flexibilitatea presupune și abandonarea unei acțiuni care s-a dovedit inutilă.

Flexibilitatea înseamnă, totodată, menținerea unei direcții și a unui sens al existenței în ciuda diverselor provocări ale vieții.

Cele trei litere care simbolizează acest model de terapie sunt:

A = Accept (acceptă)
C = Choose (alege, decide)
T = Take action (acționează)

Robinson și Strosahl (2008, p. 7) ne prezintă o străveche povestire budistă care ar putea juca rolul de a motiva clientul să pornească pe acest drum:

> Un tânăr călugăr budist a mers multă vreme în speranța de a întâlni un mare maestru zen care să-i ofere iluminarea. Odată ajuns în capela maestrului, tânărul a observat că acesta era așezat pe jos și bea ceva dintr-o cană. Maestrul i-a explicat discipolului că este vorba despre o cană foarte prețioasă: tânărul a fost de acord cu acest lucru. Apoi, maestrul l-a întrebat de ce crede totuși că acea cană este atât de prețioasă. Tânărul a subliniat culorile frumoase, forma cănii, calitatea porțelanului. Maestrul a fost la rândul său de acord că aceste particularități determină cana să fie atrăgătoare, dar că nu acestea reprezintă calitățile care o fac să fie prețioasă. Tânărul s-a încurcat și i-a cerut maestrului să-i spună răspunsul, care a fost: „Este atât de prețioasă pentru că este deja ciobită și pentru că a supraviețuit atâtor căni de ceai".

Primul pas pentru a depăși starea depresivă este înțelegerea faptului că subiectul trebuie să pornească la drum de acolo de unde se află și nu de la obiectivul considerat dezirabil.

Clientul trebuie să învețe să identifice factorii care mențin depresia plasându-l într-un fel de cerc vicios: evitarea unor informații sau situații cu conținut negativ, ruminarea unor gânduri cu caracter utopic referitoare la modul în care trebuie trăită viața și ignorarea rezultatelor, eforturilor și realizărilor personale.

Prezentăm mai jos schema denumită „Capcana depresiei" după Robinson și Strosahl, (2008, p. 10).

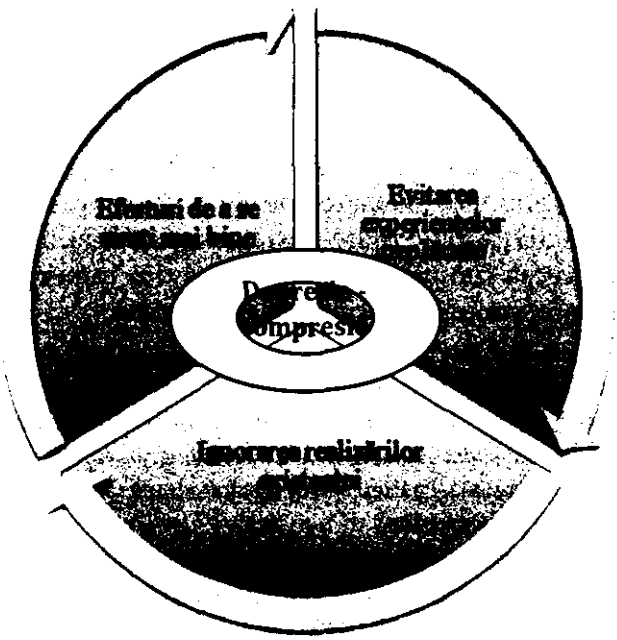


Fig.1: Capcana depresiei (după Robinson și Strosahl, 2008)

Modelul terapeutic ACT ne oferă în fapt o nouă perspectivă asupra depresiei. Autorii consideră că există ceva în mediul social în care a crescut sau s-a dezvoltat individul și care îl predispune spre depresie atunci când se confruntă cu evenimentele vieții.

Este posibil ca un subiect să fie astfel educat încât să pară puternic și să nu aibă dreptul să simtă niciun fel de durere sau teamă. Un alt

subiect și-a format convingerea disfuncțională că, dacă trăiește emoții negative cum ar fi mânia, culpabilitatea, tristețea sau teama, este o persoană dezechilibrată psihic.

Astfel de subiecți dezvoltă tendința de a evita situațiile stresante în speranța că astfel se vor simți mai bine și treptat se retrag tot mai mult din fața evenimentelor vieții.

Depresia nu apare din senin, prezența ei reprezentând un semnal că ceva nu este în regulă în existența unei persoane. Astfel, evitarea problemelor din cadrul cuplului nu face ca acestea să dispară, ci, dimpotrivă, să se înrăutățească, fapt ce accentuează depresia care, la rândul ei, îl va face pe subiect să adopte un comportament de evitare și în alte zone ale existenței.

Pe măsură ce subiectul acordă tot mai mult timp și energie pentru a face față simptomelor depresiei, îi rămâne tot mai puțină energie pentru celelalte aspecte ale existenței și în felul acesta viața se comprimă, se limitează.

Clienții deprimați nu trăiesc doar o stare de tristețe, ci și o reducere a intereselor, o anumită detașare, inerție și chiar lipsă de rezonanță emoțională. Activitățile uzuale desfășurate în familie, la locul de muncă, petrecerea timpului liber își pierd din importanță, iar subiectul lasă impresia unei bărci lipsite de direcție.

Studiu de caz (adaptat după Robinson și Strosahl, 2008).

Denisa, o traducătoare în vârstă de 30 de ani, suferea de depresie încă din adolescență. Clienta a fost supraponderală în copilărie și a fost de multe ori luată în râs de colegii de școală. La liceu a avut rezultate bune, dar nu a avut prietene și nu s-a întâlnit cu niciun băiat.

Denisa se rușina de modul în care arată și respingea orice băiat care părea interesat de ea. Ea descria anii de liceu ca fiind îngrozitori și avea permanent impresia că ceilalți râd de ea pe la spate.

Odată intrată la facultate, ea s-a izolat și mai mult, a început să se ocupe de gătit și a luat și mai mult în greutate. În anul trei a întâlnit un tânăr cu care a întreținut relații sexuale, dar care a părăsit-o brusc imediat ce au început relația.

Denisa s-a simțit umilită și rușinată de faptul că a fost folosită, convinsă fiind că tânărul a părăsit-o pentru că nu arăta bine dezbrăcată.

Anii au trecut, clienta a continuat să se îngrașe și la 28 de ani a fost diagnosticată cu diabet, moment în care depresia ei s-a accentuat. Clienta a avut o tentativă de suicid prin ingestie de medicamente. Din fericire a ajuns la camera de gardă, a fost salvată și a primit medicație antidepresivă pe care a luat-o timp de aproape un an. Deși situația s-a ameliorat într-o oarecare măsură, s-a reglat somnul și

a devenit mai activă, Denisa continua să se izoleze social și participa numai la acțiunile de la serviciu.
Denisa reprezintă un caz obișnuit de depresie. Aceasta a avut probleme cu greutatea corpului care au determinat-o să se considere urâtă și neatrăgătoare. Comportamentul clientei nu a făcut altceva decât să confirme imaginea de sine pe care și-a format-o, ea evitând contactele sociale, ceea ce a avut drept consecință faptul că și ceilalți au început să o evite. Această situație a determinat-o să mănânce în mod compulsiv pentru a scăpa de depresie și anxietate, următoarea consecință fiind obezitatea și diabetul. Clienta a renunțat la idealurile sale de a avea un partener de viață și o familie, anticipând faptul că orice relație apropiată se va rupe.
Toate eforturile sale s-au îndreptat în direcția obținerii de asigurări că nu se va mai afla niciodată în situația de a fi respinsă. Comportamentul de evitare a culminat cu tentativa de suicid.

Deși simptomele depresiei pot să difere de la un client la altul, specific este faptul că aceasta acționează la fel ca un bulgăre de zăpadă care se rostogolește și, pe măsură ce coboară, devine tot mai mare.

Robinson și Strosahl (2008) vorbesc despre așa-numita spirală a depresiei care include stări afective negative, senzații corporale, gânduri cu conținut negativ, amintiri și comportamente disfuncționale.

Stările afective presupun dispoziție tristă, reducerea intereselor și sentimentului plăcerii pentru activitățile considerate înainte agreabile, iritabilitate, anxietate, apatie și incapacitatea de a se bucura de ceva (anhedonie).

Depresia este frecvent însoțită de acuze somatoforme (tulburări organice fără o cauză fiziologică detectabilă), tulburări ale ritmului respirator, oscilații ale tensiunii arteriale, fatigabilitate, agitație psihomotorie predominant nocturnă, algii (dureri în diverse zone ale corpului) și scăderea imunității organismului, care crește riscul de îmbolnăviri.

Așa cum subliniază psihoterapeuții cognitiviști, clientul depresiv nutrește aproape permanent gânduri și convingeri cu caracter negativ legate de propria persoană, de realizări, de relațiile cu cei din jur și de lume în general. Gândirea sa surprinde o serie de distorsiuni cognitive cum ar fi perfecționismul exagerat, minimalizarea pozitivului sau aprecierea de tip dihotomic („totul sau nimic"). Subiectul petrece mult timp pentru a rememora scene triste și eșecuri trecute sau imaginează scenarii triste pentru viitor. De asemenea, depresivul își

pune permanent problema că ceva nu este în regulă cu el, iar această atitudine nu vine decât să alimenteze cercul vicios al depresiei.

Așa cum am mai subliniat, depresivul ruminează mai ales amintiri cu conținut negativ din trecut, ignorându-le pe cele pozitive.

Comportamentele depresivilor sunt predominant disfuncționale și includ izolare socială, reducerea activităților, somn excesiv (sau insomnii), consum de droguri și de medicamente. Persoana devine mai puțin activă, neglijează activitățile fizice și se simte lipsită de energie.

Strosahl și Robinson (2008) prezintă câteva „mituri" referitoare la depresie:

- Depresia reprezintă un fenomen anormal.

O mare parte a populației a suferit de-a lungul existenței sale măcar un episod depresiv, deși un segment al celor implicați nu a relatat acest lucru și nu s-a adresat vreunui specialist.

Kessler și Wang (2002) subliniază faptul că 10% din populația Statelor Unite a suferit de o formă sau alta de depresie.

Strosahl și Robinson (2008) privesc depresia dintr-o altă perspectivă, și anume a faptului că aceasta reprezintă un semnal legat de faptul că ceva nu merge cum trebuie în viața individului. Acceptând acest lucru, subiectul încetează să se mai culpabilizeze și face eforturi să schimbe ceva.

- Depresia reprezintă o reacție inevitabilă la stres.

Studiile au demonstrat faptul că doar 25% dintre persoanele depresive au fost supuse unui stres acut, cum ar fi, de pildă, o pierdere majoră a poziției sau a unei persoane apropiate (Spitzer, First și Wakefield, 2007). Astfel se poate spune că depresia reprezintă rezultatul unui cumul de evenimente negative de intensitate mai redusă. Problema nu este că persoana trăiește stări afective negative atunci când trece printr-o situație dezagreabilă, ci tendința de a evita aceste trăiri.

De asemenea, este evident faptul că multe persoane trec prin situații stresante fără a dezvolta o depresie. Reacția depresivă la stres are un profund caracter învățat. Astfel, dacă un părinte reacționează la stres prin retragere, închidere în sine și gânduri negative, este foarte probabil ca și copilul său să declanșeze o reacție de tip asemănător.

- Depresia reprezintă o trăire afectivă negativă.

Depresia este considerată de mulți autori ca reprezentând o manieră activă de a trăi stări afective negative, cum ar fi tristețea sau disperarea. Realitatea contrazice de cele mai multe ori această idee, pacientul depresiv făcând eforturi să nu trăiască respectivele stări, ci mai curând apatie, culpabilitate, lipsă de rezonanță emoțională și detașare.

Există multe situații de viață în care tristețea reprezintă o reacție normală, cu caracter adaptativ (boala unei persoane apropiate, decesul cuiva). În cazul depresiei însă, tristețea pare să nu fie direct legată de evenimentele cotidiene. Aceasta reprezintă rezultatul comportamentului de evitare, a refuzului de a se confrunta cu gânduri, imagini sau amintiri neplăcute.

- Depresia are o cauză biologică.

Strosahl și Robinson (2008, p. 21) sunt de părere că această concepție biologizantă asupra depresiei a fost în mare măsură promovată de specialiștii din cadrul industriei de medicamente.

Pentru medicii psihiatri tratarea depresiei devine mult mai simplă, reducându-se la prescrierea unor rețete de medicamente antidepresive, în loc să lucreze cu clientul în direcția schimbării comportamentelor și stilurilor de viață.

Se pare că abordarea cea mai apropiată de adevăr este aceea bazată pe modelul biopsihosocial al depresiei (Schotte *et al.*, 2006) care postulează faptul că aspectul de natură biologică reprezintă doar unul dintre factorii care stau la baza acestei afecțiuni, alături de stilul de viață, comportamentele învățate, stilul de *coping* (de a face față stresului), tipul de gânduri, comportamentul și alte elemente social-culturale.

Deși considerăm că în mare măsură această abordare este corectă, nu putem să nu facem distincția dintre depresia reactivă și depresia majoră de intensitate psihotică, unde factorii biologici pot să joace un rol mai important.

- Medicația psihotropă antidepresivă reprezintă cel mai bun tratament pentru depresie.

Ultimele trei decenii au demonstrat faptul că terapia cognitiv-comportamentală are rezultate tot atât de bune ca și medicația psihotropă în tratarea depresiei. Mai mult, studiile au evidențiat faptul că acest

gen de psihoterapie este mult mai eficient în ceea ce privește prevenirea recăderilor (Paykel, 2007). Acest lucru prezintă o importanță deosebită deoarece depresia reprezintă o afecțiune care evoluează sub forma unor pusee.

- Depresia reprezintă o afecțiune pe care clientul o are.

Această abordare realizează o analogie între depresie și răceală, ignorând responsabilitatea persoanei în apariția și menținerea afecțiunii respective.

Este cunoscut faptul că subiecții depresivi declanșează comportamente care conduc la depresie încă înainte ca simptomele acesteia să se manifeste efectiv: retragere socială, mâncat compulsiv, lipsa activităților recreative și a exercițiilor fizice sau consumul abuziv de substanțe.

Acest gen de abordare nu este menit să culpabilizeze clientul depresiv, ci să-i demonstreze faptul că, așa cum a putut să-și producă depresia, are în sine și forța de a o depăși.

La prima vedere, depresia pare un sindrom care conține nenumărate simptome cognitive, emoționale, fiziologice și comportamentale, dar, de fapt, ea reprezintă un set de experiențe care îi semnalizează subiectului faptul că în existența sa are loc un dezechilibru.

Clientul trebuie să accepte ideea că se află într-o stare depresivă, să nu se mai culpabilizeze pentru acest lucru și să-și redirecționeze energia pentru a stopa acele comportamente care au condus la depresie.

Studiu de caz

Denisa a acceptat să intre în programul de psihoterapie cognitiv-comportamentală ACT, program care a durat 3 luni, cu ședințe bisăptămânale în prima lună și apoi săptămânale (total 16 ședințe), durata unei sesiuni fiind de 45 de minute.

După interviul clinic preliminar, clientei i s-au explicat principiile acestui sistem terapeutic și a învățat o tehnică simplă de relaxare.

Au fost identificate gândurile și convingerile negative disfuncționale referitoare la imaginea de sine.

Clienta a încetat să se mai culpabilizeze pentru depresia ei și să utilizeze „depresia ca o scuză pentru a nu se bucura de viață".

Ea a fost dirijată să-și definească sistemul de valori și obiective, să accepte ceea ce nu poate fi schimbat, să conștientizeze experiențele de viață și trăirile (*să trăiască, aici și acum*) să facă planuri de viitor și să-și respecte angajamentele.

Denisa a acceptat să se înscrie la un curs de gimnastică, să se întâlnească cu prietenii de două ori pe săptămână și să meargă pe jos în fiecare zi câte o jumătate de oră.
De asemenea, ea a consultat un nutriționist care i-a prescris un regim alimentar echilibrat care, împreună cu activitatea sportivă, să o ajute să piardă în greutate. În ultima lună de psihoterapie, clienta a început să frecventeze un curs de Reiki, unde a cunoscut un tânăr inginer cu care a început să iasă în oraș.
Tânărul avea și el probleme cu greutatea corporală și i-a povestit că avea aceleași probleme ca și ea, teama că nu este atractiv și că va fi respins de femei. Schimbarea stilului de viață a avut efect pozitiv și asupra glicemiei clientei, care s-a reglat în mare măsură, ceea ce a determinat-o pe aceasta să adopte o atitudine mai optimistă. Deși Denisa mai avea momente când se simțea urâtă și se temea de respingere, acestea erau mult mai rare și de intensitate mai redusă. În timp, relația cu noul ei prieten s-a consolidat și cei doi au planificat să se căsătorească.

Factorii care conduc la instalarea depresiei

Este cunoscut faptul că aproape orice persoană trăiește din când în când stări depresive. Termenul științific pentru aceste stări este disforie, în cadrul căreia apar gânduri cu conținut negativ, sentimente de tristețe, amintiri triste și senzații corporale dezagreabile.

De regulă, mecanismele adaptative pentru a face față acestor stări se bazează pe retragerea din fața evenimentelor stresante pentru refacerea energiilor organismului. Din nefericire însă, unii clienți nu mai revin în existența activă pe care au dus-o înainte, încetând să trăiască în acord cu un obiectiv care conferă sens vieții.

Declanșatorii depresiei sunt acele evenimente ale existenței care generează subiectului o puternică stare de disforie. Printre acestea se numără pierderile, doliul, traumele fizice și psihice sau problemele de sănătate.

Comportamentele dezadaptative de risc, ca fumatul, consumul abuziv de alcool sau droguri, mâncatul în exces sau înfometarea, lipsa exercițiilor fizice, pot conduce la apariția unor probleme de sănătate care afectează organe precum ficatul, rinichii, plămânii sau inima, probleme care de cele mai multe ori devin cronice.

În principal strategiile de a face față acestor situații au un caracter dezadaptativ și implică retragerea din fața evenimentelor vieții, restrângerea activităților și a relațiilor sociale, absența atașamentelor

emoționale, refugiul în hiperactivitate, perfecționismul sau abuzul de substanțe pihoactive.

Studiu de caz

Ioana, în vârstă de 32 de ani, psiholog, angajată în cadrul unei primării de sector, provine din mediul rural și este singurul copil din familie care a absolvit o facultate. Mama ei a decedat atunci când clienta avea patru ani, tatăl era alcoolic și agresiv, iar bunicul patern care mai avea grijă de ea a decedat și el în urma unui accident de muncă. Ioana a urmat liceul la cursuri serale, lucrând în același timp. A intrat la facultate pe locurile fără taxă și a continuat să lucreze (având grijă de o bătrână). În primul an de facultate, când a mers acasă, a fost victima unui viol despre care nu a spus nimănui.

Ioana a încercat să facă față multiplelor traume evitând întâlnirile în grup sau cu băieții. După ce s-a angajat, a început să lucreze foarte mult după orele de program. Seara, când ajungea acasă, naviga pe internet și consuma câteva pahare de palincă. Treptat s-au instalat coșmarurile, au apărut insomniile, durerile în zona toracică și de coloană vertebrală, scăderea randamentului la locul de muncă, dispoziția tristă și tendința de a se izola și mai mult de cei din jur. Ioana trăia cu iluzia că alcoolul o va ajuta să îndepărteze amintirile psihotraumatizante și să-și mențină stările sub control.

În acest caz, ca și în multe altele, se observă tendința de retragere din fața evenimentelor de viață cu scopul de a asigura controlul asupra gândurilor, emoțiilor și amintirilor cu conținut negativ. Acest mecanism de evitare face ca existența să-și piardă sensul pentru persoana în cauză. Cu cât viața clienților devine mai săracă, stările depresive se accentuează, aceștia cufundându-se tot mai mult în depresie.

Paradoxul depresiv constă în aceea că individul se angajează să se simtă mai bine, dar de fapt aceste eforturi nu fac altceva decât să-l determine să se simtă și mai rău (Strosahl și Robinson, 2008, p. 31).

La un moment dat, clientul este prins în cercul vicios al evitării, are tot mai multe probleme nerezolvate, starea psihică se înrăutățește și acesta trăiește senzația că nu mai există nicio cale de ieșire. Sentimentele de frustrare legate de imposibilitatea de a-și rezolva problemele conduc, la rândul lor, la stări de iritabilitate, agitație psihomotorie și chiar mânie. De asemenea, conștientizarea faptului că problemele nu pot fi soluționate, generează anxietate, stare afectivă care însoțește frecvent depresia. În această situație, singura opțiune viabilă pentru mulți clienți este refugierea într-o stare de apatie, indiferență și anestezie emoțională.

Două concepții cu caracter iluzoriu conduc la instalarea și menținerea tulburării depresive (Strosahl și Robinson, 2008):

- Evitarea — ce se referă la opinia eronată că autoprotecția față de gândurile, emoțiile și amintirile cu un conținut negativ va conduce la o stare psihică mai bună. Modalitatea cea mai la îndemână a indivizilor de a preveni aceste experiențe negative constând în evitarea situațiilor care le generează.
- Identificarea clientului cu gândurile, stările afective, imaginile, amintirile și senzațiile fiziologice cu conținut negativ. Cu cât clientul este mai convins că aceste trăiri au un conținut profund nociv, cu atât acesta va depune mai multe eforturi să le elimine, ceea ce nu face decât să le amplifice.

O altă sursă a depresiei, care are la bază mecanisme de identificare ce se referă la interiorizarea normelor culturale, este cea care descrie ce anume reprezintă sănătatea și fericirea. Clientul este programat prin intermediul unor scheme cognitive formate în copilărie să răspundă într-un anumit mod la cerințele existenței („Dacă nu fac pe plac celorlalți, aceștia nu mă vor iubi").

- Beneficiile secundare.

Depresia se instalează și se menține și din cauza mecanismului beneficiilor secundare care, după cum se știe, au un caracter inconștient.

De exemplu, depresia poate reprezenta o scuză pentru ca subiectul să nu se angajeze în activități profesionale, de loisir, în relații apropiate cu alte persoane sau în cele de menținere a sănătății ori de dezvoltare personală.

Se poate afirma faptul că depresia constituie cauza, dar și efectul angajării în tot felul de situații care pot reprezenta o provocare pentru individ sau care pot fi percepute ca stresante („Am fost atât de obosită, încât nu am putut merge împreună cu soțul meu la recepție").

Prezentăm mai jos diagrama elementelor care declanșează și mențin starea depresivă (adaptată după Strosahl și Robinson, 2008, p. 34).

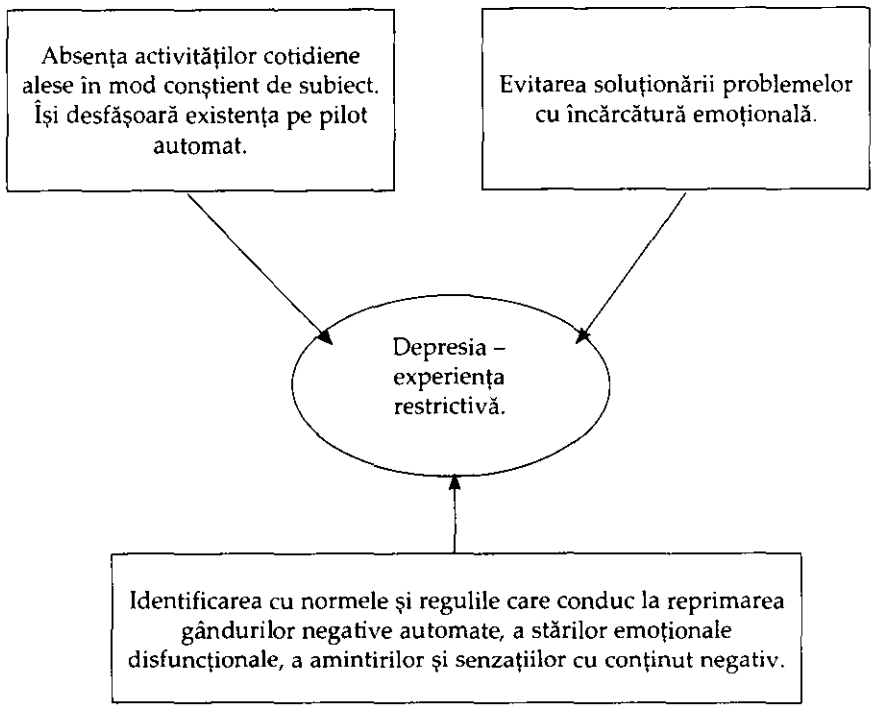

Absența activităților cotidiene alese în mod conștient de subiect. Își desfășoară existența pe pilot automat.
Evitarea soluționării problemelor cu încărcătură emoțională.
Depresia – experiența restrictivă.
Identificarea cu normele și regulile care conduc la reprimarea gândurilor negative automate, a stărilor emoționale disfuncționale, a amintirilor și senzațiilor cu conținut negativ.

Fig. 2: Diagrama elementelor care declanșează și mențin starea depresivă (adoptată după Strosahl și Robinson, 2008, p. 34)

Clienta noastră Ioana evita întâlnirile cu bărbați de teama de a nu fi respinsă, deoarece nutrea convingerea disfuncțională că sentimentele de respingere și abandon sunt atât de periculoase pentru starea ei de sănătate fizică și psihică, încât trebuie reprimate cu orice preț. Însă cu cât clienta s-a izolat mai mult de ceilalți, cu atât starea ei depresivă s-a accentuat. Astfel, depresia o determină pe clientă să se simtă din ce în ce mai incapabilă de a face față sentimentelor de frustrare și respingere. Pentru a se elibera de starea afectivă negativă, clienta consumă alcool, ceea ce o face să ia în greutate, stima de sine reducându-se astfel și mai mult.

Modelul psihoterapeutic ACT postulează faptul că depresia nu reprezintă o afecțiune pe care clientul o are, ci una pe care acesta și-o provoacă în mod neintenționat.

Astfel, Ioana încearcă să-și controleze depresia, dar rezultatul este că aceasta nu face decât să se accentueze.

Singura cale de a ieși din acest cerc vicios pentru Ioana este acceptarea gândurilor, stărilor afective negative și amintirilor psihotraumatizante și realizarea unor decizii conștiente de a adopta acele comportamente care conduc la o reinserție în plan social.

Strosahl și Robinson (2008) sunt de părere că modalitățile specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale de tip ACT sunt următoarele:

- Acceptarea experiențelor psihologice nedorite — diminuează nevoia de control, evitare sau reprimare a acestora, permițându-i clientului să-și îndrepte existența într-o direcție constructivă.

Să presupunem, de pildă, că Ioana este invitată de un tânăr la o întâlnire. Este evident că ea va simți o stare de anxietate în legătură cu ce se va întâmpla și va nutri gânduri negative de tipul următor: „Ce ar fi dacă nu m-aș duce la întâlnire?"

În cazul în care reacția ei va fi cea specifică depresiei, Ioana nu va accepta întâlnirea și se va lăsa prinsă în cercul vicios al stărilor afective negative și al comportamentelor cu caracter disfuncțional.

Dacă reacția clientei va fi cea de acceptare, aceasta va lua act de gândurile negative și de anxietate, dar va accepta un comportament cu caracter adaptativ: renunțarea la izolare și acceptarea întâlnirii.

- Adoptarea unor decizii cu caracter conștient în locul stilului de viață robotizat.

Psihoterapia ACT îl va învăța pe client să rămână cu conștiința trează, să trăiască în prezent („aici și acum") și să ia decizii conștiente, în loc să trăiască pe „pilot automat".

Abordarea intențională a evenimentelor existenței îl va ajuta pe client să intre mai ușor în contact cu sistemul său personal de norme și valori, în loc să se comporte în funcție de regulile stabilite prin consens social („Trebuie să porți anumite haine" sau „Trebuie să mănânci un anumit tip de mâncare").

Stilul de viață care presupune un grad mai ridicat de conștientizare îi va permite subiectului să fie mai tolerant și cu cei din jur, deoarece va realiza și propria sa contribuție la o situație interpersonală dezagreabilă.

- Acceptarea și confruntarea cu situațiile stresante.

Confruntarea cu anumite situații dificile, în locul evitării acestora, îl va ajuta pe client să-și canalizeze energia în direcția rezolvării problemelor și nu în aceea a ruminării propriilor suferințe.

De exemplu, un subiect care se consideră nedreptățit de cuvintele sau acțiunile unui prieten va evita să discute cu acesta de teama unei noi interacțiuni cu caracter negativ. El va aștepta ca prietenul să-și ceară scuze considerând de la sine înțeles faptul că acesta este conștient că l-a rănit.

Dimpotrivă, o persoană orientată intențional va prefera să rezolve problema discutând deschis cu prietenul, chiar cu riscul ca relația să nu se amelioreze.

- Adoptarea unui stil de gândire și acțiune cu caracter flexibil.

Psihoterapia ACT îl învață pe client să-și accepte experiențele interne, să devină mai conștient de sine și de ceea ce face și să întreprindă diferite acțiuni pentru a rezolva problemele în loc să le evite.

Aceste demersuri se potențează reciproc și contribuie la realizarea unei anumite flexibilități psihologice, așa cum ne arată diagrama elaborată de Strosahl și Robinson (2008, p. 36).

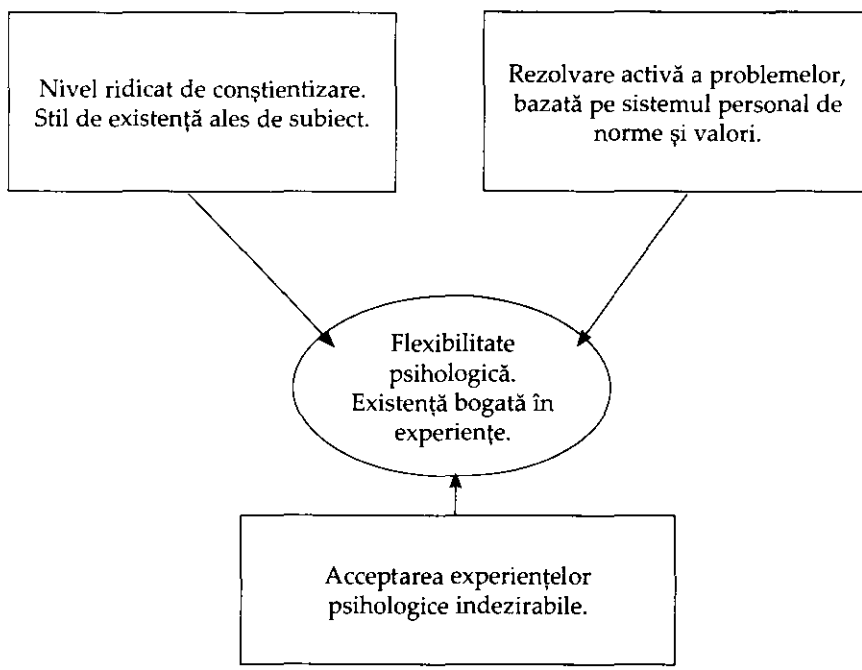

Nivel ridicat de conștientizare. Stil de existență ales de subiect.
Rezolvare activă a problemelor, bazată pe sistemul personal de norme și valori.
Flexibilitate psihologică. Existență bogată în experiențe.
Acceptarea experiențelor psihologice indezirabile.

Fig 3: Demersuri ce contribuie la realizarea flexibilității psihologice (după Strosahl și Robinson, 2008, pag. 36)

Autorii menționați mai sus (Storsahl și Robinson, 2008, p. 41) propun clienților aflați în psihoterapie un exercițiu de stabilire a obiectivelor terapeutice.

Instructajul adresat clienților este următorul:

„Imaginați-vă că depresia a dispărut ca prin farmec peste noapte și nu mai reprezintă o piedică în calea existenței voastre. Notați lucrurile importante pe care le-ați putea face în următoarele domenii:

- În domeniul îmbunătățirii condiției fizice și a stării de sănătate (exerciții fizice, orientare spirituală, renunțare la alcool și droguri etc.): _____
- În domeniul relațiilor interpersonale (cu partenerul de viață, membrii familiei, colegi, prieteni): _____
- În sfera activităților utile (muncă, învățare, activități gospodărești): _____
- În demersul activităților de loisir (hobby-uri, activități plăcute, creative): _____

Nu vă faceți probleme, pentru că nu vă vom cere să faceți toate acestea imediat. Nu trebuie decât să reflectați asupra unui viitor mai bun în care existența voastră să fie mai bogată și mai plină de sens.

Puneți răspunsurile voastre în sertar sau într-un fișier din calculator și revedeți-le din când în când".

Principalii factori de risc în declanșarea și menținerea depresiei:

- Relațiile de cuplu nesatisfăcătoare;
- Reprimarea reacțiilor de doliu sau pierdere;
- Absența activităților de loisir;
- Stare de sănătate precară, dureri fizice;
- Absența satisfacțiilor sau satisfacție redusă în urma activității profesionale;
- Pierderi financiare sau ale poziției sociale;
- Subiectul nu acordă importanță activităților de menținere a sănătății și formei fizice;
- Conflicte frecvente în familie sau la locul de muncă;
- Abuzuri sau traume suferite în copilărie;
- Suprasolicitare la locul de muncă sau în familie;
- Relație emoțională abuzivă la serviciu sau în familie;

- Lipsuri materiale frecvente;
- Consum abuziv de alcool sau droguri;
- Lipsa prietenilor sau senzația subiectivă că aceștia au abandonat persoana în cauză.

Astfel, Strosahl și Robinson (2008, p. 98) ne prezintă principalele strategii de depășire a depresiei sub forma diagramei următoare:

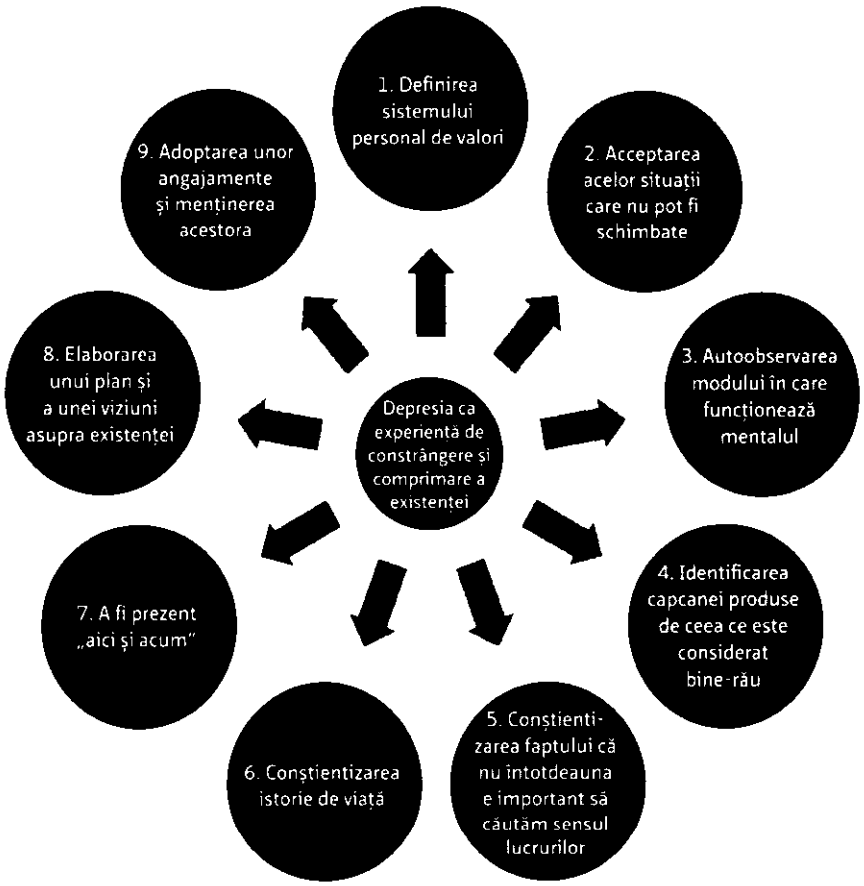

Depresia ca experiență de constrângere și comprimare a existenței
1. Definirea sistemului personal de valori
2. Acceptarea acelor situații care nu pot fi schimbate
3. Autoobservarea modului în care funcționează mentalul
4. Identificarea capcanei produse de ceea ce este considerat bine-rău
5. Conștientizarea faptului că nu întotdeauna e important să căutăm sensul lucrurilor
6. Conștientizarea istorie de viață
7. A fi prezent „aici și acum"
8. Elaborarea unui plan și a unei viziuni asupra existenței
9. Adoptarea unor angajamente și menținerea acestora

Fig. 4: Diagrama strategiilor de depășire a depresiei (după Strosahl și Robinson, 2008, p. 98)

1. Definirea sistemului personal de valori.

Depresia reprezintă o capcană care îl determină pe individ să evite situațiile, evenimentele sau relațiile sociale care îi pot declanșa stări afective negative. Acest fenomen se petrece din cauza convingerilor negative formate în urma procesului educativ, convingeri care influențează persoana fără ca aceasta să realizeze acest lucru („Dacă nu fac totul perfect, sunt lipsit de valoare").

În același timp, simptomele depresiei sunt uneori atât de ample, încât duc la epuizare sau retragere.

Modelul psihoterapeutic ACT propune ca prim pas în direcția schimbării sistemului de valori al subiectului înțelegerea faptului că acestea nu întotdeauna coincid cu ceea ce este socialmente dezirabil.

Strosahl și Robinson (2008, p. 102) ne dau câteva exemple de obiective personale referitoare la aceste sisteme de valori:

- Doresc să am un nivel ridicat de instrucție și educație și să împărtășesc și altora din cunoștințele mele;
- Doresc să devin un bun părinte, iubitor și responsabil;
- Doresc să ating un nivel ridicat de spiritualitate și să apreciez valorile spirituale ale celorlalți;
- Doresc să devin un partener suportiv și afectuos;
- Doresc să mă perfecționez și să mă dezvolt permanent ca persoană;
- Doresc să activez pentru binele comunității din care fac parte;
- Doresc să ating un nivel înalt de sănătate fizică și mentală;
- Doresc să fiu întotdeauna disponibil pentru cei apropiați atunci când aceștia au nevoie de mine.

Atunci când subiectul își identifică sistemul personal de norme și valori, acesta îl va motiva să acționeze chiar dacă se află cufundat în depresie.

Valorile personale reprezintă combustibilul care direcționează persoana către o existență încărcată de sens (Strosahl și Robinson, 2008, p. 103).

Studiu de caz

Mariana, o profesoară în vârstă de 43 de ani, divorțată, locuia singură împreună cu un cățel și o pisică. Clienta a fost căsătorită timp de 19 ani cu un regizor foarte cunoscut și atrăgător, care, de-a lungul căsniciei, a avut numeroase relații

cu alte femei. Acest lucru a făcut-o pe Mariana să sufere foarte mult. Ea și-a amenințat de multe ori soțul că va divorța, dar acesta i-a răspuns în bătaie de joc și i-a distrus și mai mult stima de sine („N-ai decât să divorțezi, dar nu vei mai găsi pe nimeni care să vrea să stea cu tine, pentru că nu ești nici frumoasă, nici inteligentă și nici nu câștigi suficient").

Mariana a început să se întrebe tot mai des dacă soțul nu avea cumva dreptate. În cele din urmă au divorțat și profeția parcă s-a împlinit. Despărțirea definitivă s-a produs după ce fiica lor a plecat la studii în Anglia, iar Mariana și-a surprins soțul având relații intime cu prietena ei cea mai bună.

La aproape doi ani de la divorț, Mariana mergea la școala unde preda limba engleză, conversa cu fiica ei Denisa pe internet și se ocupa de animale.

Deși înainte îi făcea plăcere să intre în clasă, acum o făcea cu dificultate, evitând în același timp să predea lecții suplimentare. Mariana nu mai avea relații apropiate de prietenie cu nimeni, fostul soț împreună cu noua lui prietenă frecventând vechiul cerc din care făcuse și ea cândva parte.

Din cauza depresiei, clienta se simțea epuizată și nu mai avea forța să inițieze noi relații sociale. În același timp, pe de o parte ca o consecință a tulburării sale și a vieții mai mult sedentare, Mariana a luat în greutate 15 kilograme, ceea ce determinat-o să se simtă și mai deprimată. Clienta a încercat să se înscrie la un curs de gimnastică aerobică, dar nu a făcut față efortului și a abandonat.

O colegă de serviciu care a observat că Mariana are probleme i-a recomandat consiliere sau psihoterapie. Confruntată cu problematica obiectivelor în plan valoric, în cadrul terapiei clienta a decis ulterior că și-ar dori să progreseze în plan profesional și s-a înscris la un masterat în psihopedagogie.

Ea a început să iasă în oraș cu o colegă de catedră și cele două s-au înscris împreună la un curs de dans de societate.

De asemenea, clienta a început să mănânce ceva mai sănătos și a renunțat să mai stea în pat după orele de program. Treptat, clienta a revenit la greutatea normală, dispoziția ei s-a ameliorat semnificativ, fapt ce a determinat-o să accepte invitația unor colegi de la cursul de dans să iasă la sfârșit de săptămână. Împreună cu terapeutul, Mariana a decis să devină ceva mai deschisă și să nu excludă total posibilitatea de a intra într-o nouă relație cu un bărbat.

Pentru stabilirea sistemului personal de norme și valori în psihoterapia ACT se utilizează următoarele exerciții (Strosahl și Robinson, 2008, pp. 106–107):

„Faceți un exercițiu de imaginație și notați ce v-ar spune ceilalți despre existența voastră actuală sau despre acea viață pe care v-ați dori cu adevărat să o duceți:

- Ce aș afla de la ceilalți în legătură cu modul în care îmi desfășor existența în prezent?
  - De la partenerul de viață: ...
  - De la copiii mei: ...
  - De la prietenii apropiați: ...
  - De la colegii de serviciu: ...
  - De la membrii comunității în care locuiesc: ...
  - De la membrii comunității religioase, spirituale din care fac parte: ...

Dacă aș duce acea existență pe care mi-o doresc, ce mi-ar spune aceleași categorii de persoane?"

De asemenea, clientului i se va cere să-și noteze obiectivele personale și acțiunile pe care le întreprinde pentru atingerea acestora în domeniul menținerii sănătății și formei fizice, a relațiilor interpersonale, a activității profesionale precum și a celei de petrecere a timpului liber.

2. Acceptarea acelor situații care nu pot fi schimbate.

Strategiile de evitare puse în acțiune de către client pentru a face față depresiei sale nu fac decât să accentueze această stare.

Întrebarea pe care și-o pun frecvent terapeuții specializați în ACT este aceea referitoare la motivele pentru care oamenii evită situațiile stresante, în loc să se confrunte cu acestea. Răspunsul la această întrebare se referă la faptul că ființa umană are o mare nevoie de a controla experiențele emoționale nedorite.

Există două tipuri de autocontrol: activ și pasiv. Autocontrolul activ presupune reprimarea gândurilor, amintirilor și emoțiilor nedorite. Subiectul care utilizează această formă de control evită să se gândească la experiențele traumatizante din copilărie sau face eforturi să deruleze în minte doar gânduri pozitive.

Rezultatul este însă exact contrariul: cu cât clientul se străduiește mai mult să gândească pozitiv, cu atât mai puternice și mai intruzive sunt gândurile negative.

Autocontrolul pasiv se referă la evitarea și retragerea din situațiile cu caracter stresant, dar nici această metodă de a face față provocărilor existenței nu dă rezultatul scontat.

Strategia adaptativă pentru depășirea depresiei este aceea a acceptării evenimentelor și situațiilor care nu pot fi schimbate. Primul pas în direcția aplicării acestei strategii este distincția pe care trebuie să o realizeze clientul între ceea ce poate fi schimbat și ceea ce nu se poate modifica.

Acceptarea reprezintă o acțiune cu caracter voluntar care presupune o conștientizare nonevaluativă a experiențelor psihologice indezirabile.

Practicarea strategiei de acceptare îl va ajuta pe client să economisească multă energie psihică pe care să o utilizeze de altfel pentru a-și reprima trăirile nedorite, energie care ar putea fi direcționată către acele aspecte ale existenței ce pot fi controlate.

Studiu de caz

Corneliu, un fost sportiv de performanță în vârstă de 47 de ani, de profesie inginer constructor, a suferit un accident la schi în urmă cu 6 ani, accident care s-a soldat cu un traumatism sever la coloana vertebrală. Clientul suferea de mai mult timp de depresie și dureri cronice. După accident și recuperare, clientul s-a reîntors la serviciu, dar și-a dat seama de faptul că durerile de coloană nu-i mai permiteau să meargă pe șantier, așa că a optat pentru pensionarea pe caz de boală. Deși medicii nu au mai identificat vreo leziune la nivelul coloanei vertrebale, Corneliu continua să aibă dureri în fiecare zi.

Aceste dureri îl împiedicau să se plimbe, dar și să lucreze la calculator. Clientul a devenit dependent de analgezice, deși acestea nu-i ușurau prea mult suferința. Acesta era frustrat atât de faptul că medicii nu l-au tratat bine, cât și de faptul că refuzau să crească doza de analgezice.

Starea clientului a condus la multe conflicte în familie deoarece acesta avea o pensie mică, nu-și ajuta soția în gospodărie și nu avea răbdare să facă lecții de matematică cu fata sa în vârstă de 15 ani. Cei doi soți nu mai aveau relații intime deoarece clientul acuza dureri de spate.

Corneliu era de părere că starea sa depresivă era provocată de durerea cronică. Cu cât clientul se străduia mai mult să-și controleze durerea, cu atât devenea mai depresiv și mai irascibil, gândindu-se tot mai des la faptul că ar fi putut evita accidentul de pe munte.

Acesta nu credea că existența sa ar putea lua alt curs dacă nu scapă de durerile cronice. În același timp, clientul se simțea vinovat de faptul că nu lucrează, nu-și ajuta soția și că țipă la fiica adolescentă. Nu de puține ori Corneliu a nutrit gânduri cu caracter suicidar, considerând că familia s-ar descurca mai bine fără el.

Prezentăm mai jos o listă a situațiilor pe care clientul nu ar putea să le controleze și ar trebui să le accepte:

- a suferit un accident la schi;
- suferă de dureri cronice în zona coloanei vertebrale;
- pensia medicală este insuficientă;
- fizioterapia nu a avut rezultatele scontate;
- clientul are senzații de amorțeală la nivelul membrelor inferioare;
- clientul nutrește gânduri negative în legătură cu situația sa actuală.

Există însă și unele aspecte care ar putea fi controlate și modificate:

- refuzul de a încerca să găsească un loc de muncă;
- refuzul activităților agreabile;
- refuzul de a practica exerciții fizice;
- consumul excesiv de analgezice;
- refuzul de a oferi ajutor soției și fiicei sale;
- faptul că petrece aproape tot timpul în pat sau pe fotoliu;
- absența relațiilor intime cu partenera de viață.

Strosahl și Robinson (2008, p. 124) ne prezintă o listă a acelor situații și experiențe psihologice care nu pot fi modificate:

- Stările afective cu caracter spontan;
- Gândurile negative spontane.

  Desigur, acestea pot fi la un moment dat controlate și înlocuite cu unele mai realiste, dar acest lucru se poate petrece în urma derulării unui demers de psihoterapie sau consiliere cognitiv-comportamentală.
- Amintirile cu caracter spontan;
- Anumite senzații corporale;
- Evenimente cu caracter obiectiv (factori externi cu caracter stresant, încercări ale destinului);
- Comportamentul celorlalți;
- Evenimentele trecute și istoria personală a clientului.

Acceptarea înseamnă trăirea ca atare a stărilor afective negative precum și a reacțiilor nedorite, fără evaluare sau luptă. Această acceptare are un caracter conștient și voluntar, presupunând trăirea situațiilor prezente așa cum sunt ele, reprezentând, totodată, un demers cu caracter fluctuant și procesual și nu o stare în care se plasează clientul.

În același timp, acceptarea nu înseamnă renunțarea la luptă și progres în direcția dezvoltării personale și ameliorării calității vieții, ci doar renunțarea la strategiile de *coping* (de a face față) care nu funcționează.

O problemă care se ridică este aceea de unde știe clientul dacă acceptă sau nu cu adevărat o anumită stare afectivă sau o situație.

Strosahl și Robinson (2008, p. 127) subliniază faptul că principalul indicator al acceptării îl reprezintă limbajul interior al clientului.

Dacă acesta își spune în gând: „Trebuie să trec peste asta", „Trebuie să mă eliberez de aceste stări neplăcute", „Ar trebui să-mi pot controla stările emoționale" etc., probabil că nu este vorba de o atitudine de acceptare.

Dacă, dimpotrivă, afirmațiile specifice vorbirii interioare sunt de tipul următor: „Sunt gata să înfrunt situația", „Sunt dispus să mă împac cu trecutul meu", „Am puterea de a-mi tolera stările afective negative" ș.a., avem de-a face cu o atitudine reală de acceptare.

Modelul psihoterapeutic ACT face distincția dintre stările afective negative cu caracter realist (suferința psihică) și cele excesive (suferință exagerată). Primele au un caracter realist și sunt în acord cu conținutul situațiilor de viață, celelalte nu reprezintă decât rezultatul negativ al luptei de a controla, de a elimina sau de a evita suferința psihică primară.

În cursul demersului terapeutic, clientul va fi învățat să țină un jurnal al stărilor afective și să-și propună un plan de activități care să urmeze demersului de acceptare a propriei situații.

Clientul Corneliu a completat următoarea fișă de autoevaluare și de planificare a unor strategii comportamentale cu caracter adaptativ.

Situația actuală	Corneliu suferă de dureri cronice și nu mai este capabil să facă ceea ce făcea înainte.	Scor 0–100	Ședințe de psihoterapie.
Stări afective primare	Se simte deprimat și frustrat de incapacitatea sa de a-și îndeplini obligațiile anterioare producerii accidentului.	30 40	Ședința 1 Ședința 2
Stări afective secundare (excesive): gânduri și comportamente aferente	„Mă simt frustrat, speriat, disperat", „Am sentimentul că nu există nicio ieșire din această situație." „Îmi spun în gând că nu pot să accept ceea ce mi s-a întâmplat; ruminez gânduri legate de destinul nemilos, de greșelile pe care le-au făcut medicii față de mine, de faptul că durerile mă împiedică să fiu un bun tată și un bun soț." „Sunt lipsit de valoare și nu mai merit să trăiesc." „Sunt o povară pentru cei din jur."	70 60	Ședința 1 Ședința 2
Plan de acțiune care derivă din atitudinea de acceptare	„Voi face zilnic o scurtă plimbare de 15–20 de minute." „Voi accepta să lucrez două ore pe calculator pentru firma cumnatului meu."		

3. *Autoobservarea modului în care funcționează mentalul*

Deși ideea de acceptare voluntară a unor situații și stări psihice pare simplă la prima vedere, aceasta este dificil de realizat în realitate și din cauza faptului că mentalul propriu este de cele mai multe ori „dușmanul" clientului.

Aceasta se întâmplă deoarece gândirea noastră este dominată de reguli de viață, convingeri, gânduri negative automate, amintiri și stări afective disfuncționale. Subiectul care nu se poate detașa de

mentalul său reactiv nu va putea răspunde flexibil la provocările existenței.

Modelul terapeutic ACT se referă la o așa-numită capcană a gândirii, care presupune conformarea la anumite reguli și prejudecăți, ceea ce îl determină pe subiect să creadă că pune în acțiune strategii adaptative care ar trebui să funcționeze și nu care funcționează în mod real.

Mentalul propriu nu face decât să ne manipuleze să acționăm într-o direcție greșită. Un exemplu tipic de astfel de manipulare se referă la maniera în care un subiect se cufundă tot mai mult în depresie, ruminând gânduri negative referitoare la motivele pentru care se simte deprimat și despre modul în care nu poate ieși din depresie.

În cazul în care subiectul se lasă prins în acest cerc vicios, modalitățile în care propriul mental îl păcălește sunt următoarele:

- își spune în gând că din cauza depresiei nu este la fel ca toate celelalte persoane;
- își spune în gând că pentru a-și demonstra normalitatea, este nevoie să întreprindă eforturi în a-și modifica în mod deliberat starea afectivă;
- își spune că trebuie să fie foarte serios perturbat și că este necesar să analizeze în detaliu cauzele acestei dereglări.

Subiectul manipulat de mentalul propriu este ferm convins că mesajele, informațiile transmise de acesta au caracter de adevăr absolut.

În felul acesta el se identifică și fuzionează cu propriile sale gânduri, amintiri, stări afective sau senzații corporale, fapt ce îl determină să renunțe la poziția de martor, atitudine care nu-i va permite să practice acceptarea.

Pentru a detecta aceste capcane ale automanipulării, terapia ACT recomandă clientului să observe ce anume se petrece și să nu reacționeze impulsiv, urmând să examineze mai atent natura mesajelor pe care i le trimite mentalul propriu.

După Strosahl și Robinson (2008, p. 141), indicatorii automanipulării mentale sunt următorii:

- Mentalul îi trimite mesaje negative referitoare la propria persoană: „Sunt un ratat", „Nu merit să fiu iubit", „Sunt grasă și urâtă", etc.
- Mentalul îi spune subiectului ce are și ce nu are voie să gândească, să simtă, să-și amintească: „Dacă vreau să fiu fericit, nu trebuie să-mi amintesc de traumele copilăriei", „Nu trebuie să mă gândesc la dorințele mele pentru că asta mă va determina să devin o persoană egoistă".
- Mentalul „prezice" ce se va întâmpla dacă subiectul adoptă o anumită strategie de rezolvare a unei probleme: „Copiii mei mă vor urî dacă îi pedepsesc", „Voi fi concediat dacă îi comunic șefului dorințele sau ideile mele".
- Mentalul realizează comparații între realizările actuale ale clientului și ce ar fi trebui acesta să realizeze („Nu am progresat în carieră și mi-am irosit potențialul", „Având în vedere toate realizările mele, ar fi trebuit să fiu mai fericit").
- Mentalul compară existența, realizările și trăirile clientului cu cele ale altora: „Alții nu sunt deprimați, eu oare de ce sunt așa?", „Alții știu ce vor de la viață, eu de ce nu știu?", „Ceilalți își fac mai ușor relații decât mine".
- Mentalul se focalizează asupra greșelilor trecute ale clientului și le aduce drept argument al faptului că acesta nu va avea niciodată o existență mai bună: „Nu pot să-mi iert faptul că am renunțat la custodia asupra copilului", „Am stat prea mult timp împreună cu soțul meu agresiv și alcoolic, asta mă va împiedica să-mi găsesc un nou partener".
- Mentalul îi comunică subiectului că ceilalți oameni îl vor critica și că trebuie să evite cu orice preț acest lucru: „Dacă voi merge la petrecere, ceilalți vor observa că sunt deprimat", „Este umilitor faptul că sunt deprimat", „Este umilitor să ieși în societate și ceilalți să-și dea seama că ești nefericit".

Automanipularea poate fi identificată și după faptul că afirmațiile realizate de subiect în limbaj interior au un caracter dihotomic („alb — negru", „totul sau nimic"), în termeni negativi, având un ton imperativ și au menirea de a-l determina pe client să evite confruntarea cu situațiile de viață.

De asemenea, aceste afirmații utilizează pronumele personal „eu", subiectul vorbind în limbaj interior despre sine însuși.

Studiu de caz

Virginia este o economistă în vârstă de 26 de ani, a cărei mamă a decedat atunci când clienta avea 15 ani. Tatăl ei, om de afaceri, s-a recăsătorit relativ rapid cu o femeie mult mai tânără cu care Virginia nu s-a înțeles niciodată. Tatăl era dominator, chiar agresiv și abuza de alcool. După decesul mamei, Virginia a început să mănânce în mod compulsiv și a luat în greutate 20 de kilograme. Tatăl o ridiculiza pentru acest lucru, iar mama vitregă, atrăgătoare și cu o siluetă de invidiat, o determina pe Virginia să se simtă și mai complexată. Clienta a încercat tot felul de diete, dar rezultatele nu au fost pe măsura așteptărilor. Colegele de clasă o criticau, iar colegii nu-i acordau atenție.

În clasa a XII-a, clienta a început să se simtă deprimată. Randamentul la învățătură a scăzut destul de mult, iar la examenul de bacalaureat a luat o notă mică, deși înainte fusese premiantă.

Ea a intrat la facultate pe locurile cu taxă, fapt ce i-a atras noi reproșuri din partea tatălui, deși acesta dispunea de resurse financiare. După cei patru ani de studiu la o facultate cu profil economic, Virginia nu a mai urmat alte cursuri și s-a angajat ca agent de vânzări la o firmă. Activitatea profesională nu o satisfăcea și i se părea obositoare, mai ales din cauza dificultăților de relaționare pe care le avea cu oamenii.

În timpul facultății, Virginia a avut un prieten, dar acesta făcea adesea remarci negative referitoare la aspectul ei fizic, fapt ce a dus la ruperea relației.

Prezentăm mai jos un fragment din jurnalul în care Virginia a notat mesajele mentale pe care și le trimitea singură (adaptat după Strosahl și Robinson, 2008, p. 145).

- Informații referitoare la defectele mele:

„Îmi spun în gând mereu că sunt grasă, că nu sunt suficient de inteligentă pentru a-mi găsi un serviciu mai bun și că nu valorez nimic. Mă lupt permanent cu aceste gânduri negative".

- Gânduri referitoare la ceea ce am și la ceea ce nu am voie să gândesc, să simt sau să-mi amintesc:

„Devin deprimată atunci când îmi aduc aminte de moartea mamei, de comentariile pe care le făceau tata și noua lui soție în legătură cu modul în care arăt. Fac eforturi să nu mă las copleșită de aceste amintiri".

- Gânduri negative referitoare la ceea ce se va petrece în viitor:

„Mi-aș dori foarte mult să mă căsătoresc cu un om care să mă iubească și să mă aprecieze așa cum sunt. Atunci când doresc să mă întâlnesc cu cineva îmi

vin în minte gânduri legate de faptul că sunt grasă și urâtă și că băiatul care mă interesează mă va respinge. Aceste gânduri negative par atât de realiste, încât mă îngrozesc".

- Gânduri negative referitoare la ceea ce am realizat în viață și la ce ar fi trebuit să realizez:

„Mă gândesc permanent la faptul că ar trebui să fiu deja căsătorită. Mă întreb oare ce nu este în regulă cu mine de nu reușesc să-mi găsesc un prieten și să progresez profesional. Îmi spun în gând că sunt mereu tristă și nefericită și că nimeni nu ar dori să aibă de-a face cu o astfel de persoană. Mă învinovățesc și pentru faptul că mă simt așa".

- Gânduri negative referitoare la ceea ce am realizat până acum comparativ cu ceea ce au realizat colegele mele de facultate:

„Toate colegele mele de grupă sunt deja căsătorite și multe dintre ele au și copii. Le invidiez foarte mult pentru că par atât de mulțumite de viața lor. Mă frământă gândul că sunt altfel decât celelalte fete, altfel într-un mod negativ și că viața mea reprezintă un eșec, indiferent ce aș face".

- Gânduri negative referitoare la greșelile pe care le-am comis până în prezent:

„Mă învinovățesc pentru că sunt atât de grasă și nu am reușit să slăbesc. Cred că am început să mănânc în exces ca să scap de durerea pricinuită de moartea mamei mele. Mă învinovățesc și pentru faptul că nu am progresat profesional, nu m-am înscris la masterat și nu am reușit să lucrez într-o bancă. Mă tulbură gânduri și imagini legate de faptul că viața mea nu va fi niciodată mai bună".

- Gânduri negative referitoare la ceea ce vor spune ceilalți despre mine:

„Îmi spun în gând că ceilalți vor remarca faptul că mă simt rău și vor spune că sunt nebună. Probabil că ei mă vorbesc deja pe la spate, criticându-mă sau compătimindu-mă pentru eșecurile mele".

Automanipularea mentală conduce la stări afective negative, mai ales din cauza procesului de identificare a subiectului cu propriile sale gânduri negative, fapt ce determină creșterea forței acestora. Demersul psihoterapeutic ACT are menirea să-l învețe pe client să identifice această automanipulare mentală și să conștientizeze faptul că *el nu este una cu gândirea sa negativă* prin intermediul căreia se autoperturbă.

4. Identificarea capcanei produse de ceea ce este considerat bine și rău.

O piedică importantă care stă în calea adoptării unei atitudini de acceptare constă în aceea că mentalul reactiv al subiectului îl va obliga pe acesta să se identifice cu anumite reguli de viață care nu totdeauna conduc la un comportament adaptativ. Odată cu dezvoltarea gândirii și limbajului, copilul învață să evalueze, să analizeze, să eticheteze și să realizeze diverse predicții referitoare la evenimente și situații.

Distincția dintre gândurile de tip reactiv și cele de tip meditativ a fost semnalată încă din Antichitate de către diverse sisteme religioase. Budismul reprezintă religia care realizează poate cea mai fină analiză a acestor aspecte ale psihicului uman.

În timp ce mentalul reactiv este critic, evaluativ, caracterizat prin prezența unor imperative categorice, mentalul meditativ îl ajută pe subiect să fie mai detașat față de evenimentele existenței, dar și față de propriile sale stări emoționale. Echilibrul dintre cele două tipuri de gândire, critică și meditativă (detașată), este necesar pentru o existență adaptată și armonioasă a subiectului.

Studiile clinice au evidențiat faptul că persoanele depresive au un stil de gândire rigid, dihotomic (alb–negru), moralizator, exprimat prin intermediul unor afirmații de tip catastrofizant. Acest stil cognitiv reflectă un dezechilibru între mentalul reactiv și cel meditativ.

Marea majoritate a gândurilor negative de tip depresiv sunt iraționale și se referă la persoana în cauză („Sunt urâtă", „Nu sunt bun de nimic", „Nu mă pot opri să mă gândesc la faptul că prietenul meu m-a părăsit" etc.). Din punct de vedere filogenetic, aceste gânduri negative au avut rolul de a declanșa reacții de apărare ale organismului în condiții de pericol iminent („reacții de fugă sau luptă").

În lumea civilizată, amenințările fizice la adresa individului sunt mult mai rare, dar se produce o situație paradoxală: cu cât viața este mai sigură și mai confortabilă, cu atât individul uman are mai mult timp să se gândească la diverse pericole sau amenințări imaginare („Nu sunt destul de competent" etc.).

Secretul unei vieți echilibrate și lipsite de stres inutil constă în stoparea tendinței subiectului de a se contopi și de a lupta cu producțiile acestui mental reactiv și considerarea predicțiilor acestuia ca fiind simple gânduri, amintiri sau stări emoționale și nimic mai mult. Mai precis, subiectul trebuie să învețe să devină un observator al modului în care funcționează mentalul său.

Oamenii tind să organizeze lumea în termeni evaluativi și predictivi. Aceste supoziții sunt de cele mai multe ori atât de profund fixate în mental, încât subiectul nici nu le mai conștientizează, considerându-le adevăruri incontestabile.

Aceste supoziții devin reguli de viață după care clientul își conduce existența.

Le vom ilustra prin intermediul unui *studiu de caz.*

Adrian, un inginer în vârstă de 41 de ani, este căsătorit și tată a doi copii. Acesta s-a prezentat la psihoterapie pentru simptome de tip depresiv care s-au instalat după ce a fost disponibilizat de firma la care lucra. În primele două luni el a încercat să-și găsească un nou loc de muncă, dar nu a reușit. Clientul își petrece toată ziua la calculator sau ruminând gânduri cu conținut depresiv. În același timp, el are izbucniri de furie pe care le îndreaptă împotriva soției și copiilor. În cursul interviului preliminar, clientul a afirmat că este ratat atât în plan profesional, cât și în plan familial și că nu mai întrezărește nicio ieșire din situația în care se află. Clientul a început să consume alcool în exces și chiar să conducă autoturismul sub influența alcoolului.

Prezentăm mai jos regulile de viață sau supozițiile disfuncționale ale clientului:

- „Dacă nu faci un lucru perfect, mai bine nu-l mai faci deloc".
- „Ceilalți mă vor aprecia după realizările mele în plan profesional și după bunăstarea familiei".
- „Dacă nu ești totdeauna puternic, înseamnă că ești un ratat".

Aceste supoziții sau convingeri disfuncționale de bază compun filosofia de viață după care se conduce subiectul, filosofie inoculată acestuia prin intermediul educației.

În situația în care expectațiile pe care le are subiectul nu sunt îndeplinite, acesta consideră că viața a fost nedreaptă cu el și se refugiază în depresie.

Conținutul acestor supoziții disfuncționale se referă mai ales la sistemul de valori al subiectului, la ceea ce este bine sau rău, corect sau incorect, drept sau nedrept, precum și la aspecte legate de asumarea unor responsabilități.

Modelul psihoterapeutic ACT realizează o distincție între descrierea unei situații și evaluarea acesteia. Descrierea are un caracter

obiectiv și se realizează pe baza informațiilor primite din mediu, în timp ce evaluarea conține elemente de subiectivism.

Clienții care suferă de tulburări emoționale confundă frecvent descrierile unor evenimente cu evaluările acestora.

De exemplu, clientul care a fost abuzat fizic în copilărie va ajunge să realizeze aprecieri cu caracter evaluativ pe care le va extinde și asupra altor persoane sau situații.

Acesta va ajunge să-și spună în gând: „Nu trebuie să mai am încredere în nimeni", „Nimeni nu mă va înțelege și nu mă apreciază".

Psihoterapeutul îl va ghida pe client să-și autoobserve modul în care realizează evaluări referitoare la evenimentele externe, utilizând un instructaj configurat după Strosahl și Robinson (2008, p. 169):

„Acest exercițiu vă va ajuta să realizați distincția dintre descrierea unei situații și evaluarea acesteia.

Alegeți un obiect concret asupra căruia să vă concentrați timp de câteva minute: o vază cu flori, un tablou, un obiect din încăpere. Notați pe o foaie de hârtie descrierea respectivului obiect și apoi opiniile dumneavoastră cu privire la acesta (evaluare).

Faceți același lucru cu o persoană cunoscută. În acest caz, evaluarea va trebui să cuprindă ce credeți că este bun sau rău la persoana respectivă, ce credeți că gândește aceasta despre dumneavoastră, ce stări sufletești trăiește ea.

Alegeți acum un eveniment psihotraumatizant pe care l-ați trăit în trecut, în copilărie sau mai recent. Concentrați-vă timp de câteva minute asupra situației respective. Notați apoi pe foaia de hârtie descrierea și evaluarea situației. Aceasta din urmă va trebui realizată în termeni de bine sau rău, corect sau greșit, drept sau nedrept. Notați trăirile emoționale care apar în momentul evitării amintirii psihotraumatizante."

Atunci când subiectul se identifică total cu evaluările sale pe care le consideră realități incontestabile, de obicei acesta se va situa pe o poziție rigidă care nu-i va permite să se raporteze flexibil la anumite evenimente sau situații.

Strosahl și Robinson (2008) sunt de părere că ideile și comportamentele de tip suicidar reprezintă efectul unei dureri morale foarte puternice pe care subiectul o evaluează ca fiind intolerabilă, insuportabilă, fără sfârșit și de care încearcă să se elibereze prin intermediul mecanismului evitării. Suicidul reprezintă astfel o formă extremă a evitării.

În cazul în care persoana ar accepta situația psihotraumatizantă ca atare, probabil că suferința psihologică determinată de aceasta ar fi mult diminuată.

O altă capcană a minții în care poate să cadă subiectul suicidar ar fi asocierea ideii de moarte cu o experiență de liniște și pace interioară, deși acesta nu are informații exacte referitoare la ceea ce înseamnă de fapt moartea.

5. Conștientizarea faptului că nu întotdeauna e important să căutăm sensul lucrurilor.

Subiectul cufundat în depresie nu-i va permite mentalului său creativ să se manifeste prin intermediul simplei contemplări a supozițiilor și convingerilor disfuncționale și să le abordeze așa cum sunt de fapt, adică stări psihice și nu realități incontestabile.

O altă manieră în care mentalul reactiv reușește să-l manipuleze și să-l sugestioneze pe subiect se referă la căutarea cu orice preț a unor explicații pentru diverse evenimente, situații sau comportamente.

Demersul mental de identificare a cauzelor are în general un rol adaptativ în viața socială și profesională, dar poate deveni un pericol atunci când este dirijat spre interiorul ființei umane, devenind un element al procesului de introspecție.

La clienții depresivi până și cele mai elementare explicații pe care și le oferă aceștia capătă o conotație negativă (exemple: „Nu mă prezint la concurs pentru că sunt un ratat", „Țip la copiii mei pentru că sunt o mamă rea" etc.).

Astfel de afirmații cu conținut negativ nu fac decât să sublinieze lipsa de încredere în sine a subiectului și să-l împiedice să progreseze în viață.

Căutarea sensului se referă la explicațiile pe care și le oferă subiectul referitor la comportamentele sale sau la cele ale altor persoane, ori la evenimentele existenței.

Psihoterapeuții specializați în ACT sunt de părere că acest demers de căutare a sensului stă la baza a ceea ce ei numesc „linia de viață".

Lumea interioară a clientului depresiv abundă în fel de fel de explicații cu conținut negativ, dintre care majoritatea nici nu sunt adevărate.

Astfel, un client depresiv își spune în gând: „Sunt depresiv pentru că tatăl meu a fost hipercritic și agresiv cu mine". În realitate, pot exista și alte explicații alternative la starea pe care o trăiește

acesta: consumă alcool în exces, nu face exerciții fizice etc. Multe dintre explicațiile pe care și le oferă subiectul îi servesc drept autojustificări, ele fiind generate de mentalul reactiv.

Căutarea și oferirea de sensuri și explicații reprezintă deprinderea care stă la baza controlului comportamentului social, multe dintre acestea având un anumit grad de deziderabilitate culturală care asigură o mai bună adaptare la mediu a subiectului.

De pildă, un copil preșcolar care este întrebat de educatoare de ce a lovit un alt copil și care va răspunde: „L-am lovit pentru că mi-a luat o jucărie" va beneficia de un tratament mai îngăduitor de la aceasta decât un altul care va răspunde: „L-am lovit pentru că este urât".

Acest tip de explicații îmbracă adesea forma minciunilor sociale: „Nu am venit la școală pentru că am fost bolnav" în loc de: „Nu am venit la școală pentru că nu am avut chef".

Clienții care suferă de tulburare depresivă au tendința de a explica tot ceea ce li se întâmplă prin intermediul depresiei:

- „Nu pot să fac față la serviciu pentru că sunt prea deprimat";
- „Aș dormi mai bine dacă nu aș avea atâtea gânduri negre";
- „Consum prea mult alcool pentru că sunt deprimat" etc.

Aceștia sunt de părere că trebuie să scape mai întâi de depresie și apoi să se angajeze în diverse activități, când lucrurile stau exact invers, conform modelului ACT: clientul trebuie să desfășoare activități utile sau agreabile și în felul acesta depresia se va reduce.

Terapeutul îl va ghida pe clientul deprimat să nu se retragă prin intermediul unor comportamente de evitare, ci să se confrunte cu situațiile dificile și să nu se angajeze în activități ce sunt doar aparent conforme cu sistemul propriu de valori. Deprinderea unei personae de a găsi explicații conduce mai mult la tendința de a justifica anumite tipuri de comportament decât la descoperirea cauzelor reale ale acestora.

Să analizăm afirmația: „Nu mă duc la biserică pentru că mă simt deprimat" nu reflectă realitatea, deoarece mulți oameni deprimați își caută consolarea într-un astfel de loc. O afirmație mai corectă ar fi aceasta: „Am decis să nu merg la biserică, iar starea pe care o trăiesc în momentul respectiv este una depresivă" (Strosahl și Robinson, 2008, p. 182).

Prin intermediul unor astfel de afirmații de tip justificativ, individul caută să se încadreze în mod inconștient în normele culturii căreia îi aparține; din acest motiv, marea majoritate a explicațiilor nu sunt decât elemente prin care mentalul reactiv îl manipulează pe subiect. Atunci când aceste explicații de tip justificativ au un conținut negativ, de autodenigrare, este necesară intervenția mentalului meditativ (creativ) care să-i atragă atenția subiectului asupra faptului că explicațiile respective sunt de cele mai multe ori confirmări de natură socială și nu adevăruri cu caracter științific.

Studiile clinice au demonstrat faptul că subiecții depresivi se autoprogramează să recepționeze cu precădere informațiile de tip negativ referitoare la propria persoană.

Teoria atribuirii postulează faptul că unul dintre principalii factori de menținere a depresiei îl reprezintă informațiile denaturate (Alloy *et al.*, 2006). Atribuirea se referă la explicațiile date de subiect unor situații, evenimente sau interacțiuni.

Există două forme de atribuire: internă și externă, care caracterizează stiluri atribuționale diferite.

Tipul atribuțional intern determină persoana să considere că acțiunile sau particularitățile sale reprezintă cauza principală a producerii unor evenimente.

Tipul atribuțional extern se caracterizează prin aceea că subiectul tinde să explice evenimentele și situațiile prin intermediul unor factori de natură exterioară (comportamentul celorlalți, destinul etc.).

Cercetările au evidențiat faptul că persoanele depresive au tendința de a-și asuma responsabilitatea pentru evenimentele sau situațiile cu aspect negativ și să ignore rolul pe care l-au jucat în generarea unor evenimente pozitive. Acest aspect a fost denumit de către terapeuții specializați în ACT „distorsionare de tip depresiv".

Prezentăm mai jos un tabel care conține anumite situații privite din perspectivă obiectivă, precum și din aceea a distorsionării de tip depresiv (Strosahl și Robinson, 2008, p. 184).

Se constată faptul că distorsionarea cognitivă de tip depresiv pe care o realizează mentalul reactiv îl determină pe individ să considere că evenimentele pozitive reprezintă un accident, iar cele negative devin dovezi incontestabile ale faptului că acesta este o persoană lipsită de valoare.

Situație	Perspectivă obiectivă	Distorsionare de tip depresiv
Am fost promovat în urma unei evaluări la locul de muncă.	Sunt un salariat conștiincios și ceea ce fac, fac bine. Șefii au recunoscut acest lucru și m-au apreciat.	Dacă ei ar fi știut câte greșeli am făcut, nu m-ar mai fi promovat niciodată. Probabil că nu au mai avut pe altcineva pentru postul respectiv.
O colegă mi-a propus să cinăm și apoi să vizionăm împreună un film străin.	Ea dorește să-și petreacă timpul împreună cu mine pentru că sunt o persoană agreabilă și mă pricep la cinematografie.	Ea a dorit să fie drăguță cu mine pentru că prietenul ei nu a vrut să meargă la film.
O tânără de care sunt interesat a refuzat să meargă să bea o cafea împreună cu mine.	Ea este foarte ocupată la firmă și probabil nu a avut timp în seara aceasta. Voi încerca să o invit altă dată.	Oare ce este în neregulă cu mine de refuză oamenii să iasă cu mine în oraș? Probabil ceilalți și-au dat seama că nu sunt bun de nimic.

În cursul terapiei clientul este învățat să conștientizeze aceste distorsionări cognitive și apoi să dea frâu liber mentalului meditativ (creativ), să-l direcționeze corect pentru a depăși starea depresivă.

Acesta trebuie să învețe să se detașeze de afirmațiile cu caracter explicativ–justificativ și să le privească așa cum sunt ele, anume capcane ale minții și nu adevăruri absolute.

6. Conștientizarea istoriei de viață

Mentalul reactiv conectează aceste explicații de tip justificativ realizând ceea ce specialiștii în ACT numesc „istoria de viață" a subiectului și care se referă la imaginea sau conceptul de sine al acestuia.

Atunci când clientul se descrie pe sine în termeni negativi, această caracterizare poate să funcționeze ca o profeție autoîmplinită, fapt care îl predispune la eșecuri viitoare.

Istoria de viață este definită în cadrul sistemului terapeutic ACT ca o istorie distorsionată, trecută printr-un filtru negativ și adusă la timpul prezent.

Pe baza acesteia subiectul își oferă lui însuși sau altora explicații cu privire la propria persoană, la situații sau evenimente de viață.

Această istorie personală pare credibilă pentru că subiectul și-a repetat-o în gând de nenumărate ori până când a ajuns să se identifice cu ea.

Clientul se comportă în conformitate cu ceea ce îi dictează această istorie pe care și-a fabricat-o, obținând acele rezultate pe care se așteaptă să le obțină.

Istoria de viață condensează numeroase informații într-un număr limitat de mesaje cu un puternic impact emoțional. Subiectul utilizează mecanismele memoriei selective pentru a explica cine este el, cum a ajuns să fie așa cum este și încotro se îndreaptă.

Istoria de viață reprezintă o combinație de date obiective (evenimente care au avut loc) și cu explicații de tip cauză–efect.

Atunci când istoria de viață îi sugerează clientului faptul că este un ratat, el va aborda diversele situații de viață așteptându-se la eșecuri, respingere și dezamăgire, astfel încât acestea chiar se vor produce („profeție autoîmplinită").

Persoanele depresive au tendința de a-și aminti cu precădere evenimentele negative și acest proces va conduce la distorsionarea istoriei de viață.

O altă cauză a distorsionărilor cognitive specifice depresivilor constă în aceea că respectivii subiecți au tendința de a-și aminti mai mult aspectele cu caracter general și mai puțin descrierea concretă a unor situații de viață.

De pildă, Mariana, o economistă care suferea de depresie, își descria experiențele trecute în termenii următori: „Mama mea mă critica și mă respingea în permanență. Ea făcea asta mai ales în prezența prietenelor mele. Eram furioasă pe ea și consideram că atitudinea ei era profund nedreaptă".

Se constată cu ușurință faptul că Mariana nu relatează nicio experiență concretă de respingere sau critică.

Strosahl și Robinson (2008, p. 194), specialiști în ACT, propun un exercițiu numit „Roata vieții":

„Imaginați-vă că aveți în fața dumneavoastră o roată asemănătoare cu roata norocului. Pe această roată sunt scrise însă cuvinte care reprezintă aprecieri referitoare la existența pe care ați dus-o.

Închideți ochii, lăsați roata să se învârtească și puneți degetul la întâmplare pe un anumit sector de cerc. Va trebui să vă rescrieți istoria vieții în funcție de termenul pe care l-ați ales aleatoriu."

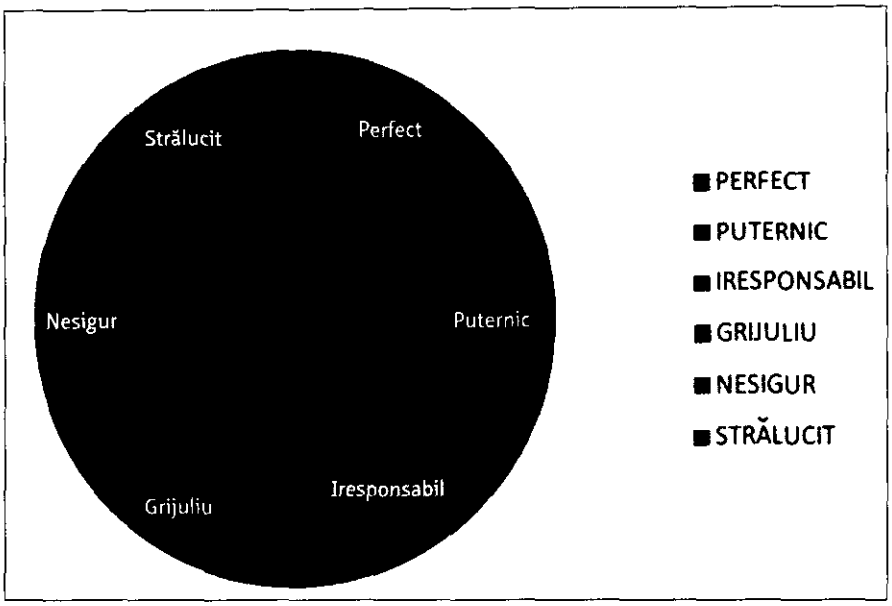


Fig. 5.: „Roata vieții" (după Strosahl și Robinson, p. 194)

Studiu de caz

Rodica, o asistentă medicală în vârstă de 32 de ani, a fost victima unui viol atunci când era elevă de liceu. Acest lucru s-a întâmplat după ce părinții au divorțat, agresorul fiind noul prieten al mamei sale. În perioada studiilor la școala sanitară, Rodica a avut relații intime cu un bărbat mai în vârstă, medic. Cei doi nu s-au înțeles și s-au despărțit după câteva luni. În timpul acestei relații, clienta nu a reușit să întrețină relații intime satisfăcătoare.

Istoria ei de viață se învârtea în jurul faptului că nu va putea fi niciodată fericită alături de un bărbat.

După absolvirea școlii, clienta a fost repartizată la un spital, la secția de terapie intensivă unde făcea multe gărzi. Timpul liber și-l petrecea în singurătate rumințând amintiri cu conținut negativ legate de violul suferit și de modul în care această traumă i-a distrus viața. Odată cu trecerea timpului, depresia ei s-a accentuat și au început să apară și atacurile de panică, mai ales atunci când se afla în prezența șefului sau într-un grup de colegi. Acestea din urmă au crescut în frecvență și intensitate, astfel încât clienta, după numeroase investigații medicale, a ajuns la cabinetul de psihoterapie.

Solicitată să rescrie istoria vieții sale, clienta a povestit următoarele:

— Nesigură

Mă simt în permanență nesigură pe mine. Nu sunt capabilă să am relații intime satisfăcătoare. Trauma suferită atunci când eram la liceu m-a costat foarte mult.

Marian, deși mai în vârstă, a avut multă răbdare și este posibil chiar să fi ținut la mine. Eu am stricat totul. Niciodată nu am reușit să obțin vreo satisfacție de pe urma vieții sexuale, nu m-am putut relaxa în nicio împrejurare. Poate că ar fi trebuit să mă străduiesc mai mult, dar nu am putut. Sunt nesigură pe mine, neadecvată. Nu pot face față temerilor din trecut care mă invadează. Viața mea a fost distrusă. Cine să mă mai dorească acum?

— Perfectă

Nu sunt o ființă perfectă. Aș vrea eu să fiu perfectă, să excelez măcar la ceva. Ei bine, sunt dacă nu perfectă, măcar perfecționistă. Îmi plac ordinea și curățenia. Casa mea este curată ca un pahar. Și la spital șefii mă laudă pentru ordinea în care sunt instrumentele și pentru modul în care țin evidența tratamentelor aplicate bolnavilor. Pe de altă parte, cred că mania mea pentru ordine și curățenie mă face să fiu o persoană greu de suportat. Nu mi se potrivește deloc afirmația — „Sunt perfectă". Mintea mea răspunde automat: — „Nu ești de fel perfectă" — și tinde să elaboreze o poveste legată de cât de puțin perfectă și cât de plină de defecte sunt eu.

Strosahl și Robinson (2008, p. 197) prezintă un model de jurnal după care clienții care urmează psihoterapia ACT trebuie să-și evalueze povestirile.

Prezentăm un fragment din acest jurnal pentru clienta Rodica.

Afirmația de la care se pornește	A fost ușor să scriu povestirea?	Mi s-a părut aceasta familiară?	Credibilitatea povestirii
Nesigură	Da. Povestirea a izvorât din interiorul ființei mele. Aceasta m-a întristat foarte mult pentru că m-am identificat cu ea.	Foarte familiară	Parcă ceva mai puțin credibilă decât mi-am imaginat. Când am recitit-o parcă mi s-a părut că suna un pic fals.
Perfectă	Nu. Mi-a fost foarte greu să mă închipui ca fiind o persoană perfectă.	Nu	Într-o oarecare măsură.

În urma acestui exercițiu, clienta a realizat faptul că îi este mult mai ușor să gândească despre sine în termeni negativi. De asemenea, ea a remarcat și faptul că descrierile pe care și le face utilizând termeni pozitivi pot cuprinde un sâmbure de adevăr.

Un alt exercițiu pe care îl propun specialiștii în ACT constă în rescrierea istoriei vieții clientului.

Studiu de caz

Matei, un economist în vârstă de 44 de ani, a fost disponibilizat de la serviciu în urma privatizării combinatului la care lucra. El era divorțat de cinci ani și mai suferise o concediere în perioada divorțului, concediere pe care o punea pe seama stresului produs de divorț și de certurile nesfârșite pentru custodia fiului său în vârstă de 11 ani.

Matei a mai fost concediat o dată și înainte de aceste evenimente, din cauza relațiilor conflictuale cu șefii și colegii.

Istoria vieții scrisă de client a fost următoarea:

„Am fost fiul unic al unei familii în care tatăl era ofițer și mama contabilă. Datorită serviciului tatălui meu, ne-am mutat de mai multe ori dintr-un oraș în altul și a trebuit mereu să-mi schimb școala. Mă simțeam foarte singur la școală pentru că nu reușeam să-mi fac prieteni. Dacă totuși mă apropiam de vreun coleg, aproape imediat trebuia să ne mutăm. Mereu eram privit ca fiind elevul cel nou care era în atenția colegilor. Tatăl meu era foarte sever cu mine și mă învăța să nu intru în conflicte. Odată mi s-a scăzut nota la purtare pentru o bătaie pe care nu am inițiat-o eu. Tata m-a pedepsit pentru asta și nu am avut voie să mă joc pe calculator timp de două luni. Deși eram un elev bun, eram foarte timid și așa am rămas până în ziua de azi.

Mama mea era mult mai blândă și-mi spunea mereu să mă obișnuiesc să fiu singur, așa cum făcea ea. Mama era foarte meticuloasă și am preluat de la ea tendințele perfecționiste. Am luat bacalaureatul cu medie foarte mare și am intrat la ASE pe locurile fără taxă. În facultate eram la fel de singuratic și de timid ca și înainte. După terminarea masteratului am fost angajat la o bancă multinațională unde am cunoscut-o pe soția mea, care era cu trei ani mai mare. A fost prima și marea mea iubire. După nașterea copilului, ea a stat doi ani acasă, timp în care a devenit tot mai nervoasă și mai puțin comunicativă. La scurt timp după întoarcerea ei la serviciu, ea s-a mutat la alt departament unde a fost promovată și acolo probabil a cunoscut pe altcineva. A început să lipsească nopțile de acasă, să nu se mai ocupe aproape deloc de copil, toate sarcinile casnice fiind preluate de mine.

Ne certam aproape zilnic. La scurt timp am primit citația pentru acțiunea de divorț și apoi cea de cerere a custodiei copilului. A fost o mare lovitură pentru mine faptul că ea a scris în acele hârtii că nu sunt bun să fiu soț și tată. Deși am avut o avocată bună și am câștigat custodia fiului nostru, m-am simțit „golit pe dinăuntru". Atunci am decis să fiu puternic la fel ca tatăl meu și să nu mai am încredere în nimeni. La scurt timp s-au instalat insomniile, dispoziția depresivă și atacurile de panică.

Deși mama mea a venit să stea cu mine pentru a avea grijă de băiat, mă simțeam tot mai rău. Aceste stări s-au accentuat în urma disponibilizării, fapt ce m-a determinat să consult un medic psihiatru. Acesta mi-a prescris multe medicamente care m-au făcut să mă simt și mai rău".

În primele ședințe de psihoterapie, clientul a învățat să-și analizeze istoria vieții și să separe faptele obiective de explicațiile de tip cauză-efect după modelul sugerat de Strosahl și Robinson (2008, p. 200).

Descrierea evenimentelor	Explicații de tip cauză–efect
Familia mea și-a schimbat domiciliul de mai multe ori.	Nu am reușit să-mi fac prieteni buni, am învățat să nu mă atașez de ceilalți pentru a nu suferi din cauza despărțirii.
Mama mea era singuratică și perfecționistă.	Ea m-a învățat cum să trăiesc de unul singur, să fiu disciplinat și să caut să fac totul perfect.
M-am mutat de la o școală la alta, nu am avut prieteni și am intrat adesea în încurcături pentru că eram „elevul nou".	Am simțit permanent că nu mă pot integra în grup. Am fost și am rămas nesigur pe mine și timid.
Am intrat la facultate la 19 ani, dar am rămas în continuare singur.	Nu știam cum să procedez pentru a-mi face prieteni sau pentru a curta o fată.
După ce m-am angajat la bancă am cunoscut-o pe soția mea și acesta a fost cel mai frumos lucru care mi s-a întâmplat vreodată.	Ea părea că mă înțelege și a reușit să mă facă să mă deschid sufletește.
După 4 ani de căsnicie am divorțat și am obținut custodia fiului meu după multe certuri și lupte. Mama s-a mutat la mine.	Singura ființă în care am încredere mi-a spus că nu valorez nimic. Acest lucru m-a învățat să nu mai am încredere în nimeni și să nu mai aștept nimic de la ceilalți.

Din istoria vieții lui Matei, rezultă că temele dominante sunt legate de evitarea relațiilor apropiate, pentru că persoanele la care ține îl dezamăgesc, precum și ideea că subiectul nu se poate integra în niciun colectiv. Aceste tipuri de mesaje i-au fost trimise de mentalul său reactiv sub forma următoare: „Dacă vei încerca să te apropii prea mult de o persoană, aceasta te va lovi puternic".

Terapeutul îl va învăța pe client să rescrie istoria vieții sale după același model, păstrând evenimentele obiective așa cum sunt ele, dar căutând să găsească alte explicații de tip cauză–efect.

În felul acesta, mesajele „cheie" ale istoriei de viață se vor modifica. Astfel, de pildă, mesajul: „Abuzul sexual suferit în copilărie m-a făcut să mă simt lipsită de valoare, viața în promiscuitate fiind singura care mi-a mai rămas" se poate transforma în: „Abuzul sexual din copilărie a fost încercarea destinului din care am ieșit victorioasă. Am devenit mai sensibilă la problemele celorlalți și mi-am construit o carieră în domeniul asistenței sociale".

După realizarea exercițiului de analiză a istoriei de viață, Matei a devenit și mai depresiv, deoarece se identifica cu respectiva autobiografie. La un moment dat, clientul a realizat faptul că și în prezent el se comporta în acord cu scenariul său de viață: este izolat, singur și revoltat împotriva nedreptății din lume. Analizând relația sa cu soția, Matei a constatat faptul că el reacționa disproporționat la orice afirmație critică a acesteia. Clientul a interpretat criticile soției în conformitate cu scenariul său de viață ca fiind semnale evidente ale faptului că aceasta îl va părăsi. Reacțiile sale agresive au generat o profeție autoîmplinită: soția chiar a încetat să mai țină la el și și-a găsit un alt partener.

Matei a intrat în relația de cuplu cu sentimentul că nu merită să fie iubit și a fost permanent în „gardă" pentru a detecta cele mai mici semnale că acest lucru este adevărat.

Odată ce Matei a acceptat faptul că identificarea sa cu scenariul de viață a avut o contribuție însemnată la eșecul căsniciei sale, el a acceptat totodată că aceasta s-a terminat și s-a decis să schimbe scenariul respectiv cu unul nou care pornea de la ideea că merită să fie iubit și este capabil să întrețină o relație apropiată. Clientul și-a denumit vechiul scenariu de viață: „Băiețelul cel speriat".

Spre finalul terapiei clientul s-a decis să trimită CV-ul la mai multe firme și a început să iasă în oraș cu o colegă de facultate pe care a întâlnit-o întâmplător la un interviu de selecție pentru ocuparea unui post.

7. A fi prezent „aici și acum".

Una dintre modalitățile cele mai eficiente de a ajuta clientul să se detașeze de propria istorie de viață constă în orientarea sa spre concentrarea asupra experienței prezente.

O maximă inspirată din înțelepciunea străveche a strămoșilor indieni din America spune:

„Ziua de ieri este istorie, ziua de mâine este un mister, ziua de azi este un dar pe care trebuie să-l folosim în mod înțelept" (Bakal *et al.*, 2006).

Modelul psihoterapeutic ACT utilizează conceptul de conștientizare, care, în opinia specialiștilor, presupune accesul subiectului la momentul prezent prin intermediul a două instanțe specifice mentalului creativ (meditativ): „egoul observator" și „egoul liniștit".

Conștientizarea (*mindfulness*) nu numai că îi permite subiectului să intre în contact cu momentul prezent, ci reprezintă și un izvor al dezvoltării intuiției și iluminării referitoare la diverse aspecte ale existenței acestuia.

Înțelepții budiști afirmă faptul că atunci când subiectul reușește să se ancoreze în prezent, să fie înțelegător cu sine însuși și cu ceilalți, să observe iluziile mentalului și atașamentele ca fiind doar ceea ce sunt de fapt, acesta se află pe calea vieții împlinite.

Clientul care privește lucrurile ca atare și nu prin intermediul unor filtre mentale, va putea acționa mai rapid și mai eficient pentru a-și atinge obiectivele în viață.

Din nefericire, ancorarea în prezent nu este prea ușor de realizat deoarece mentalul reactiv îl manipulează pe subiect, trimițându-i mesaje denaturate care cuprind regulile rigide și inaplicabile de viață sau autoevaluările permanente.

Conștientizarea situației prezente (de tip *mindfulness*) presupune acceptarea atât a experiențelor pozitive, cât și a celor negative. Astfel, subiectul devine un observator detașat al propriei sale vieți psihice. Această atitudine de conștientizare nonevaluativă se formează prin exercițiu de tip meditativ și aduce cu sine o stare de bine psihologic, de încredere în sine și de intuiție cu privire la natura problemelor care îl frământă pe subiect.

Practicarea meditației s-a dovedit foarte eficientă în reducerea simptomelor de tip depresiv. În 2006, Finucane și Mercer au demonstrat experimental faptul că 72% dintre pacienții depresivi s-au eliberat de simptomatologia respectivă în urma practicării exercițiilor de meditație bazată pe conștientizare.

Alți autori (Grossman *et al.*, 2004) au constatat că aceste exerciții au un efect benefic și asupra sănătății unor pacienți care suferă de boli cardiovasculare, cancer, dureri cronice, depresie și anxietate.

Strosahl și Robinson (2008, pp. 210–211) ne prezintă avantajele meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*):

- Dezvoltarea abilității de a accepta realitatea.

Atunci când clientul reușește să renunțe la atitudinea evaluativă sau la descoperirea unor legături cauzale între diverse evenimente sau situații, tratându-le pe acestea ca fiind procese mentale și nu adevăruri incontestabile, el devine mai puțin copleșit de simptomele sale depresive și mai implicat în evenimentele vieții cotidiene (Fennell, 2004).

- Reducerea frecvenței ruminațiilor interioare.

Ruminațiile interioare cu un conținut depresiv sunt alimentate atât de identificarea subiectului cu experiențele psihologice negative, precum și de încercările nereușite de a le reprima.

Exercițiile specifice meditației bazate pe conștientizare îl ajută pe client să iasă din cercul vicios al ruminațiilor cu conținut depresiv pentru că acesta învață să privească stările emoționale, gândurile și amintirile cu conținut negativ ca fiind produse ale minții care nu trebuie evaluate, controlate sau reprimate.

- Creșterea eficienței proceselor mentale.

Cercetări experimentale în domeniul neuroștiinței au evidențiat faptul că o practică ce mizează pe meditația bazată pe conștientizare derulată pe parcursul a două luni contribuie la o mai eficientă și mai rapidă asimilare a informațiilor (Deshmukh, 2006; Tekur *et al.*, 2012).

Astfel, studiile asupra rezolvării unor probleme de tip vizual-spațial au condus la concluzia că practicanții meditației bazate pe conștientizare rezolvă acest gen de sarcini mult mai rapid.

Se poate trage concluzia că acest gen de practici contribuie la creșterea flexibilității mentale, subiectul reacționând rapid și corect la stimulii exteriori fără să se lase distras de „capcanele minții".

- Dezvoltarea capacității de a experimenta stări modificate de conștiință sau performanțe creative de vârf („pick experiences").

Aceste stări de conștientizare de tip înalt, superioare, reprezintă o mare sursă de sănătate, vitalitate și creativitate. Subiectul începe să perceapă lumea, viața și pe sine însuși într-un mod mai puțin rigid, fără idei preconcepute. Sunt cunoscute performanțele de excepție

atinse de inițiați, practicanți ai diferitelor forme de meditație care aparțin diverselor religii.

Practicarea meditației îi permite subiectului să depășească regulile rigide și ideile preconcepute la care reacționează mentalul reactiv și să trăiască noi experiențe creative, flexibile și care conduc la starea de sănătate mentală și la evoluție personală.

Aceste experiențe interne creative îmbracă două forme (Strosahl și Robinson, 2008, p. 212):

- Egoul observator îi permite subiectului să se afle permanent în contact cu momentul prezent, să conștientizeze, dar să nu se identifice cu diverse evenimente, gânduri, stări afective, senzații, imagini sau amintiri. Atitudinea acestei instanțe psihice este cea a unui martor nonevaluativ.
- Egoul iluminat.

Această instanță psihică acționează dincolo de constructele verbale sau de reprezentări, îmbrăcând forma a ceea ce budiștii numesc „conștiința pură" sau iluminare. Aflat în starea respectivă, subiectul devine liber de orice fel de atașamente, experimentând starea de „totul și nimic" în același timp. Această stare modificată de conștiință este mai greu de explicat în cuvinte sau de atins de către persoanele educate în spiritul culturii occidentale, care este suprasaturată de mesaje cognitive exprimate verbal.

Obiectivul antrenamentului ce cuprinde exercițiile de meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*) constă în extinderea nivelului de conștiință de la experiențele personale ale subiectului spre ego-ul observator și apoi la cel iluminat.

Odată ce subiectul devine capabil să-și extindă nivelul de conștiință, acesta va remarca apariția unor modificări evidente în ceea ce privește vitalitatea, identificarea unor sensuri și obiective ale existenței.

Metode de dezvoltare a egoului observator (Strosahl și Robinson, 2008)

Așa cum am subliniat mai sus, egoul observator reprezintă o formă de conștiință din care lipsesc evaluările, lupta și atașamentele, reprezentând primul pas către dobândirea înțelepciunii.

1. Conștientizarea respirației.

În tradiția Yoga, respirația controlată poartă numele de „prana-yama" sau respirația vieții.

Instructaj:

„Adoptați o poziție comodă, șezând, cu spatele drept. Aveți grijă cu îmbrăcămintea pe care o purtați să nu fie prea strâmtă pentru a nu împiedica respirația profundă. Stați cât puteți de relaxați, cu ochii închiși. Orientați-vă atenția asupra respirației și observați ritmul respirator, fără a încerca să-l modificați. Inspirați și expirați liniștit, fără să vă grăbiți. Imaginați-vă acum un balon care se află în zona abdomenului și pe care doriți să-l umpleți cu aer. Inspirați adânc, lent și umflați balonul care se află în zona abdomenului. După ce balonul s-a umflat, faceți o pauză de câteva secunde și apoi lăsați aerul să iasă ușor din balon odată cu expirația. Observați cum abdomenul se retrage odată ce balonul se dezumflă. În timp ce inspirați și expirați, umerii și toracele rămân aproape nemișcate, relaxate, în timp ce balonul din zona abdominală se umflă și se dezumflă ușor.

Concentrați-vă atenția asupra nărilor și simțiți cum aerul intră prin ele, coboară prin trahee, bronhii și ajunge până la balonul din zona abdominală.

Inspirați și expirați lent, calm, liniștit. Inspirați pe nas și expirați pe gură. Concentrați-vă asupra aerului expirat și observați dacă este rece sau cald, umed sau poate mai uscat. Dacă atenția se abate de la actul respirator, o readuceți ușor înapoi la respirație. Continuați să umflați și să dezumflați ușor balonul din zona abdominală timp de 10 minute".

2. Desfaceți o portocală.

Un străvechi proverb budist spune: „Înainte de iluminare taie lemne și cară apă. După iluminare, taie lemne și cară apă".

Instructaj:

„Așezați-vă comod pe un scaun sau pe un fotoliu și priviți o portocală. Observați culoarea și dimensiunea fructului. Simțiți mirosul portocalei. Observați cum gândurile zboară spre trecut sau spre ceea ce v-ați propus să realizați în viitor. Lăsați gândurile să vină și să plece îndreptându-vă atenția asupra portocalei. Cum ați descrie portocala? Este rece, ușor umedă, zgrunțuroasă... Apăsați-o puțin și remarcați zeama uleioasă care iese din coajă și miroase puternic, pătrunzător. Observați ce gânduri vă vin în minte în timp ce simțiți mirosul portocalei. Acum desfaceți încet coaja portocalei.

Remarcați gândul că ar trebui să curățați portocala mai repede sau mai frumos și în timp ce vă detașați de aceste gânduri, continuați să curățați portocala.

După ce ați terminat de curățat portocala, priviți-o din nou cu atenție, apoi desfaceți-o în bucăți și priviți cu atenție fiecare felie de portocală. Observați gândurile evaluatorii care vă vin în minte și apoi lăsați-le să se ducă. Luați o felie de portocală, mirosiți-o și apoi duceți-o la gură și mestecați-o savurând gustul dulce-acrișor. Înghițiți felia de portocală și conștientizați modul în care ajunge în esofag și apoi în stomac. Continuați să savurați încet cu atenție fiecare felie de portocală. După ce ați terminat de mâncat portocala, luați cojile rămase în palme și observați-le din nou".

3. Visare cu ochii deschiși.

Instructaj:

„Atunci când vă treziți dimineața rămâneți în pat și faceți câteva mișcări de stretching. Rămâneți întinși în pat și observați modul în care funcționează mentalul vostru reactiv. Ce constatați? Vă vin în minte gânduri negative sau gânduri pozitive? Apar amintiri, stări emoționale, senzații? Pentru majoritatea oamenilor, chiar și într-o zi considerată bună se amestecă, în egală măsură, gânduri pozitive și negative. Gândiți-vă ce v-ați propus pentru ziua respectivă sau ce

credeți că se va petrece? Poate v-ați propus să mergeți la serviciu sau poate la facultate, sau la cumpărături?

Observați ce anume vă spune mentalul vostru reactiv în legătură cu aceste activități. Vor reprezenta ele un succes sau poate veți eșua? Vă confundați cu viziunea respectivă? Încercați doar să observați ceea ce vă trece prin minte, să asistați pasiv la derularea imaginilor sau gândurilor. În cazul în care imaginile și gândurile sunt negative, vă puteți detașa de ele? Dar dacă sunt pozitive, le puteți observa fără să întreprindeți nimic? Continuați să observați gândurile și imaginile care vă vin în minte timp de 5–10 minute".

Metode de dezvoltare a egoului iluminat

Iluminarea, deziderat greu de atins pentru occidentali, presupune detașarea de gânduri, cuvinte, evaluări, descrieri ale obiectelor și fenomenelor.

Această stare este descrisă de filosofii orientali ca fiind atingerea egoului real, care este de origine divină sau ca „o stare de golire a minții".

- Meditație asupra interiorului și ființei noastre și asupra lumii exterioare.

„Adoptați o poziție comodă. Inspirați și expirați lent, liniștit. Observați modul în care aerul pătrunde prin nări, trahee și ajunge până în plămâni. Observați cum abdomenul se ridică și coboară ușor odată cu aerul inspirat și expirat, creând impresia unui val care intră și iese din corp, intră și iese din corp. Odată cu valul de aer inspirat și expirat, o energie benefică intră și iese din corpul vostru în mod ritmic. Concentrați-vă atenția asupra inimii. Căutați să conștientizați bătăile inimii, se va simți pulsul. Îndreptați-vă atenția asupra zonei de contact a corpului cu lumea exterioară.

Simțiți atingerea hainelor pe corp. Dacă stați întinși pe spate conștientizați punctele de contact ale corpului cu solul, patul sau fotoliul.

Descrieți în gând aceste zone de contact.

Concentrați-vă apoi atenția asupra încăperii în care vă aflați, asupra lucrurilor care vă înconjoară. Ascultați sunete, zgomote. Ascultați cântecul păsărilor care se aude prin fereastra deschisă. Depășiți cu

ajutorul imaginației spațiul camerei, observați cu *ochii minții* casa în care locuiți, strada, casele din vecinătate, mașinile care trec pe stradă. Auziți zgomotele străzii, mirosurile, culorile străzii.

Imaginați-vă apoi orașul, zona geografică, țara în care trăiți, închipuindu-vă că sunteți un vultur care survolează și observă „de sus" tot ce se petrece, tot ce există: orașe, câmpuri, sate, dealuri, munți, râuri, lacuri, mări, oceane...

Plutiți deasupra pământului și mergeți mai departe în cosmos unde observați stele, planete, asteroizi.

Rămâneți în spațiul cosmic atât cât vă doriți, contemplând cele trăite.

În cazul în care conștientizați cea mai mică senzație provenind de la corpul vostru fizic, luați act de aceasta și lăsați-o să plece, revenind la nivelul atins al conștiinței cosmice în care experiențele trăite sunt cele de contopire și acceptare.

Când a sosit timpul să reveniți, regăsiți în ritmul vostru personal calea de reîntoarcere. Lăsați în urmă celelalte planete și revedeți culorile minunate ale pământului în timp ce vă apropiați de continentul, țara, orașul, casa și apoi de camera în care locuiți. Atunci când atenția a revenit asupra corpului propriu, intrați în contact cu pulsul, ritmul respirator și cu diversele senzații corporale. Mișcați ușor degetele, brațele, picioarele. Faceți câteva extensii și reveniți *aici și acum*".

- Meditație asupra răsăritului de lună.

În civilizațiile străvechi, soarele reprezintă simbolul energiei masculine care îi permite omului să lupte în viață și să depășească obstacole, în timp ce luna este simbolul energiei feminine care stă la baza relaxării, reveriei și imaginației. O existență împlinită presupune realizarea unui echilibru între cele două tipuri de energii.

„Înainte de a începe acest exercițiu, luați-vă un răgaz pentru a medita asupra contradicțiilor care apar în viața voastră. Egoul iluminat vă va ghida să găsiți un spațiu în care să realizați acest lucru, de unde să priviți lucrurile dintr-o altă perspectivă. Notați pe o foaie de hârtie toate problemele care vă frământă și așezați-o într-un loc din care o veți lua mai târziu pentru a o examina după încheierea exercițiului de meditație.

Adoptați o poziție comodă, culcat pe spate sau șezând cu coloana vertebrală dreaptă. Concentrați-vă atenția asupra respirației. Inspirați

lent, calm, liniștit, urmărind fluxul aerului care intră și iese din plămâni.

Apoi îndreptați-vă atenția asupra unui vis care să vă ajute să vă înțelegeți mai bine pe voi înșivă. Dacă manifestați mai multă înțelegere pentru propria persoană, veți manifesta poate și mai multă compasiune pentru voi înșivă. Dezvoltând încrederea în propria persoană, având grijă de ființa voastră și acordând credit egoului exterior (mentalului iluminat), vi se vor deschide noi perspective asupra vieții.

Inspirați și expirați lent, liniștit, cu expirația ceva mai lungă decât inspirația, în timp ce vă imaginați o zi călduroasă de vară în care faceți o călătorie la munte împreună cu prietenii. Ați obosit de atâta mers și v-ați decis să luați pauză pentru a vă odihni. În ciuda oboselii, vă simțiți bine, relaxați, liniștiți. Vă așezați pe malul unui râu de munte. Cufundați-vă palmele în apa rece și proaspătă și spălați-vă fața și gâtul. Apoi vă întindeți pe iarba moale și priviți norii pufoși și albi care alunecă liniștit pe cerul albastru. Ascultați zgomotul apei, ciripitul păsărelelor, simțiți adierea vântului și foșnetul frunzelor. Pe măsură ce inspirați și expirați, vă relaxați tot mai mult. Deveniți tot mai conștienți de natura trecătoare a experiențelor voastre și acest lucru le face să devină și mai prețioase. Copacii, iarba, păsările, voi înșivă aveți un început și un sfârșit. Doar muntele pe care v-ați urcat va dăinui ceva mai multă vreme. Percepeți forța muntelui pe care puteți acum să vă sprijiniți, uitând de grijile și necazurile vieții de zi cu zi. După ce v-ați odihnit, coborâți înapoi pe poteca pe care ați urcat. Treceți printr-o pădure de brazi, apoi de stejari. Simți mirosul proaspăt al pădurii. La un moment dat ajungeți la o răscruce și vă decideți să nu vă întoarceți la poalele muntelui, ci să alegeți un alt drum, un drum nou. Grăbiți pașii pentru a ajunge la locul de unde veți admira apusul soarelui. Simțiți că noua experiență va fi unică pentru voi, că veți învăța ceva nou din ea.

Vă veți aminti mereu aceste clipe când ați trăit doar în prezent *aici și acum*, conectați la mentalul vostru iluminat, la natură, la pădure, la ape, la munte. Urcați pe cărarea care se deschide, urcați fără efort, parcă în zbor, urcați către locul de unde veți putea admira apusul soarelui. Inspirați lent și calm în timp ce urcați fără efort și ajungeți într-o altă poiană, undeva sus către creasta muntelui, de unde veți contempla soarele care apune. În timp ce priviți soarele care apune vă analizați existența, analizați ceea ce ați realizat și ceea ce ați dori

să faceți de acum încolo. Începeți să înțelegeți de ce unele lucruri s-au petrecut așa cum s-au petrecut, vă acceptați tristețile, fricile.

Apusul soarelui este minunat, iar razele soarelui se reflectă printre nori și fac priveliștea și mai frumoasă. Simțiți că nu mai trebuie să controlați nimic, că nu mai trebuie să evitați nimic, că nu mai trebuie să rezolvați nicio problemă. Sunteți *aici și acum*, admirând splendoarea apusului de soare. Încet-încet se lasă întunericul. Mai faceți câțiva pași și vă hotărâți să înnoptați într-o peșteră. Peștera este uscată și are pe jos cetină de brad.

Vă simțiți liniștiți și în deplină siguranță în peștera în care vă puteți odihni puțin. Înainte de a vă culca ieșiți din peșteră și priviți cerul pe care tocmai răsare luna. Este o lună plină, mare și strălucitoare. Admirați luna care parcă vă privește la rândul ei. Intrați în rezonanță cu luna, deveniți una cu ea. Egoul vostru real, iluminat, se contopește cu luna care parcă ar vrea să vă spună ceva, un secret care vă va ajuta mai târziu în viață să faceți față conflictelor, greutăților, problemelor de zi cu zi. Oare ce anume vă spune luna? Ascultați cu „urechile minții", vedeți cu „ochii minții", trăiți o stare specială care pare să fie un dar prețios pentru voi.

Luați cu voi acel dar prețios și reveniți în peșteră pentru a vă relaxa. Înțelegerea profundă a experienței trăite se va accentua în somn. Visele vor lucra în favoarea voastră ajutându-vă să deveniți mai calmi, mai liniștiți, mai înțelepți. Dimineața vă veți scula odihniți, refăcuți, plini de energie, gata să întâmpinați răsăritul soarelui. Luna apune, iar soarele răsare. Priveliștea devine tot mai strălucitoare. Cerul este albastru, aerul pur, iar razele soarelui se strecoară printre frunzele copacilor. În fața peșterii se află o poiană cu flori și iarbă verde și moale. Fluturii s-au trezit și încep să se rotească deasupra florilor.

Este timpul să reveniți acasă. Refaceți drumul înapoi pe poteca pe care ați urcat, luând cu voi darurile pe care vi le-au făcut pădurea, râul, muntele, luna și soarele. Puteți reveni oricând doriți în locul vostru secret, pentru a vă reîncărca bateriile".

Odată cu dezvoltarea egoului observator și a egoului iluminat prin intermediul unor exerciții de meditație, subiectul capătă deprinderea de a depăși starea mentală reactivă și de a procesa cu ajutorul „mentalului înțelept" care îi va permite să trăiască experiențe creative, pline de semnificație în loc să reacționeze necontrolat la provocările vieții.

Conștientizarea realității prezente, „aici și acum", reprezintă o soluție pentru a ne elibera de dominația mentalului reactiv, de depresie, frustrare sau anxietate.

Strosahl și Robinson (2008) propun clientului un set de întrebări menite să-i ajute să exerseze conștientizarea prezentului „aici și acum". Aceste întrebări se referă la starea de sănătate a clientului, la relațiile interpersonale, la activitatea profesională și de loisir.

Prezentăm mai jos pentru exemplificare câteva dintre acestea (Strosahl și Robinson, 2008, p. 228).

Starea de sănătate.

Întrebări referitoare la mistere:

- Cum îți vezi starea de sănătate în viitor?
- Cât de departe de finalul existenței crezi că te afli?

Întrebări referitoare la trecut (istorie):

- Cât de mult te-ai preocupat în trecut de starea ta de sănătate (dietă, exerciții fizice, deprinderi de viață: consum de alcool, tutun, factori stresanți, viață spirituală)?
- Ai unele probleme de sănătate? Dacă da, cum acționezi pentru a le ameliora?

Întrebări referitoare la darurile pe care ți le oferă viața:

- Cum ai putea utiliza „darul" de a te afla în viață pentru a construi o nouă stare de sănătate fizică și psihică?
- Ce ar putea remarca persoanele apropiate că realizezi în mod diferit față de ceea ce făceai până acum pentru a-ți asigura o mai bună stare de sănătate fizică și mentală?

8. Elaborarea unui plan și a unei viziuni asupra existenței.

Conștientizarea permite clientului să ia act de propria sa existență, să o trăiască fără a fi dominat de ea.

Cu toate acestea, atingerea unui nivel înalt de conștiință înseamnă ceva mai mult decât atât, și anume rescrierea istoriei de viață, fapt ce va permite depășirea depresiei și anxietății.

Conștientizarea de nivel superior presupune un anumit nivel de înțelegere de tip nonverbal denumită intuiție, premoniție sau inspirație. Aceste abilități permit individului să nu mai privească viitorul într-un mod rigid, evaluativ, ci într-o manieră pozitivă, idealizată și programată.

În societatea contemporană, oamenii își construiesc viziunea asupra existenței pe baza hazardului, în cazul în care chiar o construiesc cu adevărat. Această viziune bazată pe întâmplare este alcătuită pe baza mesajelor primite de la părinți, profesori sau alte figuri investite cu autoritate și conține un amestec de predicții optimiste și pesimiste care sunt infirmate sau confirmate de feedbackurile raportate la abilitățile personale ale copilului.

De cele mai multe ori, aceste feedbackuri au un caracter negativ („Ai să ne scoți din minți cu atâtea întrebări", sau „Nu ai să faci nimic în viață pentru că nu ești atent la ceea ce îți spun").

Viziunea asupra existenței este întregită și de mesajele din mass-media sau de afirmațiile din anturajul în care se dezvoltă și își desfășoară activitatea subiectul.

Strosahl și Robinson (2008, p. 238) au intervievat mai mulți tineri cu privire la viziunea și planurile lor de viață și au obținut răspunsuri de tipul următor: „Vreau să merg la facultate, să obțin calificative bune și să ajung șef la locul de muncă"; „Vreau să obțin o diplomă în domeniul afacerilor, să găsesc un loc de muncă bine plătit și să-mi cumpăr o mașină puternică".

Deși realizările materiale simbolizează succesul în lumea civilizată, mulți tineri se simt alienați și nu-și găsesc locul în viață.

Strosahl și Robinson (2008, pp. 238–239) propun un exercițiu de imaginație dirijată, care are ca obiectiv construirea sau reconstruirea viziunii asupra vieții.

Instructaj:

„Acest exercițiu te va ajuta să-ți folosești imaginația pentru a-ți clarifica viziunea asupra vieții și să culegi informații care îți vor fi utile în construirea planurilor de viitor.

Alege un loc liniștit și ia o poziție comodă, culcat pe spate sau așezat pe un fotoliu. Relaxează tot corpul. Vei face acum o călătorie în țara viselor. Inspiră adânc, expiră și relaxează-te. Inspiră forță, energie, expiră îndoială, teamă. Inspiră și expiră liniștit, calm și realizează faptul că respirația reprezintă puntea dintre trup și minte. Pășește pe această punte și întărește legătura legătura dintre corp și suflet. Fii prezent *aici și acum*. Imaginează-ți acum că pășești pe o cărare. Totul pare nou, dar și cunoscut în același timp. Parcă ai mai trecut cândva pe aici, dar nu ai amintiri clare. Cărarea te poartă prin mijlocul unei păduri și ajunge la un râu. Este un râu de munte,

turbulent, cu mici cascade, cu apa care sare din piatră în piatră. Te așezi pe malul apei și privești. Privești, aștepți, respiri. Razele soarelui te învăluie cu căldura lor plăcută, se reflectă în apă și creează jocuri de lumini.

Ai impresia că soarele și apa se joacă împreună și îți pregătesc ceva special. Poate fi o formă, o culoare, un sunet. Vei afla singur despre ce este vorba. Ia cu tine acel dar și denumește-l. Este darul tău.

Este timpul să părăsești râul și să ajungi în țara viselor, unde te așteaptă cineva. Este o persoană specială care știe totul despre tine. Îți cunoaște calitățile și defectele, punctele tari și slăbiciunile, visurile și valorile. Inspiră și expiră lent și profund pentru că în curând te vei întâlni cu persoana care te înțelege și te iubește.

Țara viselor se află pe un platou la câteva sute de metri. Nu te grăbi, pentru că în curând vei ajunge la destinație. Odată ajuns pe platou, simți o prezență specială. Te așezi pe iarbă și simți pământul solid scăldat în razele soarelui. Ești tot mai relaxat, tot mai relaxat și senzația de relaxare te face să simți că plutești, zbori. Plutești deasupra platoului și poți vedea ce se întâmplă în dreapta, în stânga, la nord, la sud, la est, la vest. După ce ai privit lucrurile în ansamblul lor, te așezi din nou pe iarbă și rememorezi diverse momente ale existenței tale, unele mai bune, altele mai puțin bune. Nu sunt decât imagini, momente, trăiri. Lasă-le să vină și să plece în timp ce inspiri și expiri. În timp ce privești filmul vieții tale, simți cum se apropie de tine o persoană, un prieten care te atinge pe frunte. Nu este nevoie să deschizi ochii, îi simți doar prezența benefică. Ești conștient de faptul că acea persoană a venit să te ajute să vezi mai bine filmul vieții tale.

Amintește-ți de darurile pe care ți le-au făcut apa și soarele și spune-i prietenului tău ce ai văzut sau simțit.

Arată-i darurile primite. Ce face prietenul tău cu ele? Le va modifica sau doar te va ajuta să le vezi mai limpede? Cum îți va schimba acest lucru viziunea asupra vieții? Prietenul tău te va ajuta să înțelegi mai bine lucrurile, să accepți cele petrecute, bune sau rele, ca pe niște produse ale minții. Acceptă și evaluările pe care le-ai făcut asupra celor petrecute tot ca pe niște jocuri ale minții.

Curând, prietenul tău va pleca. Exprimă-ți recunoștința față de el. Privește acum spre viitor, care include și trecutul și prezentul. Simți cum devii tot mai puternic și capeți forța de a-ți construi viitorul. Nu uita că undeva există ființe înțelepte care te vor ajuta să faci acest lucru. Este timpul să părăsești țara viselor. Refă acum drumul înapoi

prin pădure, pe lângă râu și treptat te întorci *aici și acum*, deținând puterea de a-ți folosi imaginația pentru a planifica o nouă viață. Inspiră și expiră, traversează puntea dintre trup și minte și, atunci când ești gata, deschide ochii. Vezi acum cu alți ochi o altă existență."

După ce clientul a încheiat exercițiul, terapeutul îi va adresa următoarele întrebări (adaptat după Strosahl și Robinson, 2008):

- Ce anume ți-au oferit imaginile care ți-au venit în minte în timpul călătoriei de-a lungul râului? Descrie în detaliu imaginile și gândurile care ți-au venit în minte. Ce semnificație au acestea pentru tine?
- Ce imagini și gânduri ți-au venit în minte în legătură cu trecutul tău?
- Ce ai simțit atunci când prietenul imaginar te-a atins pe frunte?
- Cum s-a modificat viziunea ta asupra vieții atunci când ai vorbit cu prietenul imaginar despre darurile pe care ți le-au făcut râul sau soarele?
- În ce manieră ți-ai exprimat recunoștința față de prietenul imaginar?

În continuare, clientul va fi învățat să elaboreze niște afirmații referitoare la viziunea sa asupra vieții și să identifice sistemele de valori care stau la baza acestora.

Elementele viziunii despre viață apar sub forma unor imagini, cuvinte sau propoziții, la fel ca sistemele de valori care le însoțesc. Acestea nu reprezintă rezultatul gândirii logice, ci al celei creative, intuitive, specifice instanțelor de natură inconștientă. Conectarea imaginilor și gândurilor referitoare la viziunea asupra vieții cu sisteme de valori se concretizează în afirmații care îndeamnă subiectul către acțiune (de pildă: „Aș dori să devin un părinte mai grijuliu" sau „Aș dori să devin o persoană mai calmă care poate să-i asculte pe ceilalți" etc.) și îi ghidează existența chiar fără ca acesta să-și dea seama.

Viziunea asupra existenței și valorile specifice formate în urma unor astfel de exerciții au un caracter personal și sunt mult mai puțin influențate de normele sociale, cum se poate constata din exemplele de mai jos:

- „Să-i ascult pe ceilalți cu toată atenția și cu simțurile activate așa cum a procedat prietenul imaginar cu mine";

- „Să utilizez senzația de plutire din scenariul imaginar pentru a avea un somn liniștit care să mă ajute să accept viața într-un mod mai echilibrat";
- „Să mă focalizez total asupra muncii mele așa cum razele soarelui se concentrează asupra apei".

Strosahl și Robinson (2008, p. 245) ne prezintă un model de jurnal în care clientul va nota viziunile obținute în urma meditației și valorile care stau la baza lor.

Domeniu al existenței	***Darul* primit în timpul călătoriei imaginare**	**Afirmația referitoare la viziunea avută**	**Valoarea**	**Afirmația care conectează viziunea cu valoarea care stă la baza ei.**
Profesional	Am vizualizat un curcubeu.	Pentru mine aceasta semnifică faptul că voi avea noi oportunități în carieră.	Valorizez creativitatea și respectul.	Voi lucra în mod creativ, respectând munca mea și a celorlalți.

O etapă ulterioară a terapiei o reprezintă elaborarea unui plan de viață și implementarea acestuia pe termen scurt și mediu. Acest lucru îl va ajuta pe client să nu mai trăiască la întâmplare, ci să-și conducă existența în mod conștient.

Strosahl și Robinson (2008) recomandă elaborarea unor planuri de viață pentru maximum trei luni și revizuirea periodică a acestora, deoarece prioritățile subiectului pot să se modifice.

Instructajul adresat clienților este următorul:

Alegeți unul sau cel mult două domenii ale existenței pe care doriți să le planificați. Pentru fiecare dintre acestea notați imaginile referitoare la viziunea asupra vieții rezultate în urma meditației și valorile care stau la baza acesteia.

Notați pe o scală gradată de la 1 la 5 cât de mult coincide modul actual de viață cu viziunea apărută în cursul meditației (1 = nu coincide deloc, 5 = coincide total).

Analizați ultimele două luni de viață după criteriile de mai sus.

Este de presupus că scorurile vor fi joase, 1 sau cel mult 2.

Evaluați în continuare, după același criteriu, următoarele trei luni pentru care ați elaborat deja un plan. Astfel, în cazul în care v-ați propus să slăbiți 10 kilograme, planificați câte o jumătate de oră de mers pe jos în fiecare zi și consumul unor alimente permise.

Acțiunile planificate trebuie să aibă un caracter specific.

Astfel, „să mănânc un iaurt și un ceai fără zahăr la micul dejun" reprezintă un obiectiv specific, în timp ce obiectivul „să mănânc sănătos" este nespecific.

În fiecare lună, revizuiți planul și evaluați în ce măsură acțiunile voastre concordă cu viziunea asupra existenței și cu sistemul de valori. Modificați planul de viață în urma feedbackurilor obținute pe această cale.

În unele cazuri, planurile de viață pot fi revizuite și mai frecvent (săptămânal).

9. Asumarea unor angajamente și menținerea acestora.

În momentul în care subiectul este conștient de obiectivele și sistemele sale de norme și valori, acesta poate să ducă o existență plină de sens, acceptând acele lucruri care nu mai pot fi schimbate și catalizându-și eforturile asupra a ceea ce poate fi modificat.

Odată ce a reușit să se detașeze de mentalul său reactiv, el va observa modul de funcționare al vechilor reguli, câștigându-și libertatea de a nu le mai urma orbește atunci când nu este necesar.

Astfel, individul uman nu va mai fi prizonierul istoriei sale de viață, reușind să aleagă în mod liber o existență conformă cu propriul său sistem de norme și valori.

Conștientizând în mod plenar momentul prezent, el va declanșa un comportament mai flexibil în raport cu provocările vieții de zi cu zi.

Psihoterapia ACT presupune, așa cum am mai subliniat, realizarea unor modificări în plan comportamental și acest lucru este tradus prin asumarea unor angajamente și ducerea lor la îndeplinire în ciuda dificultăților care pot să apară pe parcurs.

Mentalul reactiv va încerca să-l blocheze pe subiect din îndeplinirea obiectivelor sale, prin intermediul tendinței de a evita situațiile neplăcute și emoțiile pe care acestea le declanșează.

Studiu de caz

Cosmin, un tânăr în vârstă de 27 de ani, necăsătorit, locuiește singur și lucrează ca brancardier la un spital. Clientul suferea de depresie încă din adolescență

și imediat după terminarea liceului și eșecul de a intra la facultate pe locuri fără taxă, a început să abuzeze de alcool și droguri. În urmă cu doi ani, acesta a început un tratament psihiatric ambulatoriu și a stopat abuzul de alcool și droguri, având în acest interval doar două recăderi. Deși urma o medicație antidepresivă, clientul nutrea aproape zilnic idei cu conținut suicidar, dar nu le-a pus niciodată în aplicare.

Clientul s-a înscris la un curs de calculatoare pe care l-a abandonat destul de repede, deși avea capacități intelectuale peste medie și în liceu obținuse rezultate bune la matematică. Cosmin nu a mai avut nicio relație serioasă cu vreo fată, convins fiind de faptul că nu este capabil să ducă la bun sfârșit un angajament asumat.

În urmă cu șase luni, Cosmin a început să meargă la sala de sport pentru a se menține în formă fizică, dar nu a reușit să se țină de program.

Clientul avea puțini prieteni și se vedea destul de rar cu aceștia, mai ales că unii dintre ei se reapucaseră de consumul de droguri.

Cosmin fuma un pachet de țigări pe zi, petrecea mult timp la televizor și nu reușea să ducă la bun sfârșit nimic din ceea ce își propunea.

Clientul era de părere că singurul său succes era acela că a reușit să se lase de droguri. El și-a luat numeroase angajamente față de propria persoană, dar nu a reușit să le urmeze, ducând un mod de viață care conducea la depresie deoarece nu-și asuma niciun risc și nu făcea niciun efort să depășească situația în care se afla.

Clientul considera că depresia era cea care îl împiedica să realizeze ceea ce-și propusese, deși problema reală era incapacitatea sa de a-și urma vreun angajament.

Modelul psihoterapeutic ACT utilizează termenul de angajament pentru a descrie pactul pe care îl realizează clientul cu el însuși, pact ce presupune realizarea și finalizarea unei acțiuni indiferent de gândurile care îi vin în minte pe parcurs.

Mentalul reactiv își va face simțită prezența căutând să blocheze subiectul din îndeplinirea acțiunii respective („Sunt prea slab pentru a realiza acest lucru", „Totul este inutil" etc.). Asumarea angajamentelor presupune o alegere liberă din partea subiectului, care nu se mai lasă constrâns de regulile sociale, de rutină sau de autoprogramarea realizată de mentalul reactiv.

O caracteristică importantă a asumării angajamentelor o reprezintă și faptul că acestea au la bază sistemul personal de norme și valori ale subiectului.

Astfel, în cazul unui client care valorizează starea de sănătate, decizia de a se lăsa de fumat își are originea în aceasta din urmă,

motivându-l să facă eforturi pentru a duce la îndeplinire decizia asumată.

Înainte de a-și asuma un angajament, clientul trebuie să învețe să accepte faptul că poate eșua, să devină mai tolerant cu el însuși și să fie dispus să o ia oricând de la capăt.

Strosahl și Robinson (2008, p. 259) ne propun un exercițiu de imaginație dirijată, care să-l ajute pe client să conștientizeze obstacolele ce pot apărea în calea lui atunci când și-a asumat un angajament față de propria persoană.

Instructaj:

„Imaginați-vă că vă aflați pe malul unui râu care reprezintă existența voastră și aveți ca obiectiv să ajungeți la capătul acestuia. Nu știți cum anume veți proceda. Ceea ce știți este doar faptul că râul se varsă la un moment dat în mare. La puțin timp după ce ați început călătoria, râul începe să șerpuiască, să facă diverse cotituri, ca și cum s-ar întoarce din drum. Aveți impresia că nu veți mai ajunge niciodată la capătul acestuia. Apar tot mai mulți curenți puternici, stânci, cascade.

Căderile de apă vă lovesc în față, vă împiedică să înaintați, vă îneacă, vă târăsc înapoi. Vă simțiți obosit, vi se taie răsuflarea, înotați cu toate forțele, însă nu înaintați deloc.

Dacă viața ar fi dreaptă, râul ar curge lin spre mare, fără meandre, fără căderi de apă, fără obstacole. Dacă menirea râului este să se verse în mare, de ce este nevoie de atâtea ocolișuri, meandre... de ce sunt atâtea cascade, atâtea stânci care vă stau în cale? Nu este drept ca râurile să fie alcătuite așa! V-ați decis să nu mai înaintați dacă râul nu-și modifică imediat albia. În timp ce priviți plin de mânie râul, constatați faptul că apa curge în continuare așa cum îi este dat și nu se hotărăște să-și schimbe cursul pentru a vă face pe plac. Înțelegeți care este esența râului. Cum veți putea ajunge la capăt, doar dacă stați pe mal și priviți râul care curge?"

Demersul de asumare a unor angajamente se lovește frecvent de o serie de obstacole psihologice care se referă la gânduri, stări afective, senzații și amintiri cu conținut negativ pe care subiectul are tendința de a le evita. Aceste obstacole sau bariere sunt generate de mentalul reactiv.

Astfel, una dintre „capcanele întinse" de mentalul reactiv o reprezintă dialogul interior în care se angajează subiectul și care are

ca tematică încrederea în sine a clientului. Mai precis, mentalul reactiv produce gânduri negative referitoare la faptul că acesta nu este sigur pe sine sau nu este pregătit să-și ia un angajament și să demareze o acțiune.

În mintea subiectului se vor derula amintiri referitoare la situații anterioare, când acesta nu și-a dus la îndeplinire angajamentele, sau atunci când a obținut rezultate negative.

Terapeuții specializați în ACT îl învață pe client să acționeze chiar dacă are sau nu dubii, obiectivul nefiind câștigarea încrederii în sine, ci acțiunea propriu-zisă, indiferent de cât de încrezător în el însuși este acesta.

Un alt obstacol apărut în calea asumării angajamentului de a duce o viață fericită și împlinită îl reprezintă tendința de victimizare. Astfel, dacă subiectul a fost abuzat în copilărie, mentalul reactiv îi va reaminti permanent că nu poate trăi fericit până când persoana responsabilă de abuz nu va fi pedepsită. În astfel de situații, terapia ACT recomandă iertarea, în sensul că nu este problema clientului în cauză pedepsirea vinovaților, ci este treaba universului sau a divinității. Acesta din urmă va avea doar sarcina de a-și construi o existență împlinită în acord cu propriul sistem de valori. De exemplu, o modalitate de a stopa lanțul abuzurilor într-o familie ar putea consta în adoptarea unei atitudini calde și afectuoase față de propriii copii.

Metafora utilizată în religia creștină care recomandă „întoarcerea celuilalt obraz" nu reprezintă încurajarea agresorului să ne lovească permanent, ci renunțarea la propria ostilitate sau agresivitate. Încă o capcană a mentalului reactiv o reprezintă gândurile negative referitoare la vinovăția subiectului legate de faptul că nu a conștientizat mai devreme toate aceste lucruri.

Recomandarea terapeutică în astfel de cazuri constă în stoparea retrăirii permanente a trecutului, acceptarea acestuia și orientarea asupra angajamentelor asumate în prezent, angajamente care au menirea de a construi un viitor în care clientul se va fi eliberat de depresie. În cazul în care clientul eșuează în demersul de atingere a obiectivelor sale, mentalul reactiv va reacționa imediat determinându-l să rumineze la nesfârșit faptul că nu a reușit să realizeze ceea ce și-a propus.

Soluția la o astfel de situație constă în acceptarea eșecului într-o manieră nonevaluativă și reasumarea angajamentelor inițiale ori de câte ori este necesar.

Demersul psihoterapeutic ACT (*accept, choose and take action*: acceptă, alege, acționează) propune clientului o existență care presupune atingerea următoarelor obiective:

- stare bună de sănătate;
- relații interpersonale sănătoase;
- activitate profesională care să ofere satisfacție persoanei;
- relaxare și activități recreative;
- satisfacții de natură spirituală;
- stil de viață bazat pe conștientizarea prezentului, trăirea „aici și acum".

Atingerea acestor obiective reduce riscul de depresie.

Demersul de depășire a depresiei este de lungă durată și presupune urcușuri și coborâșuri, acesta putând fi asemănat mai curând cu un maraton decât cu o cursă de viteză (Strosahl și Robinson, 2008).

Recăderile se pot produce și spontan, dar mai ales în urma situațiilor stresante de viață pe care le poate traversa un subiect: divorțul, decesul unei persoane apropiate, pierderea serviciului, diagnosticarea unei boli cronice sau consecințele unor accidente.

Psihoterapeuții specializați în ACT îl ajută pe client să-și elaboreze niște strategii de a face față posibilelor provocări ale destinului. Aceste strategii presupun în primul rând detectarea capcanelor pe care mentalul reactiv le pune clientului angajat în psihoterapie prin intermediul unor gânduri negative:

- „Am trăit conform propriilor tale norme și valori și uite unde am ajuns";
- „Psihoterapia poate să funcționeze în cazul altora, dar mie nu mi se potrivește";
- „Nu voi reuși niciodată să mă concentrez asupra prezentului, deoarece nu am forța necesară să o fac" etc.

Prevenirea recăderilor presupune lupta împotriva acestor gânduri negative disfuncționale și transformarea strategiilor achiziționate în timpul psihoterapiei în deprinderi.

Atunci când un tip de comportament devine deprindere, acesta capătă un caracter automat și este mai greu de modificat în urma acțiunii unor obstacole interne sau externe.

Această transformare a unui comportament într-o deprindere se realizează în urma exersării sistematice.

Tehnicile prin intermediul cărora strategiile terapeutice ACT se transformă în deprinderi sunt următoarele (Strosahl și Robinson, 2008, p. 274):

- utilizarea unor sisteme mnemotehnice: alegerea unei prepoziții sau cuvânt-cheie care să-i amintească subiectului strategia în cauză;
- repetarea mentală a strategiilor ACT;
- vizualizarea: clientul va retrăi în plan mental situațiile pozitive în care a avut succes;
- reamintirea experiențelor pozitive obținute în urma utilizării tehnicilor ACT;
- ancorarea: utilizarea unui eveniment cotidian pentru a evoca o strategie ACT.

Strosahl și Robinson (2008, p. 275) propun clienților următorul exercițiu:

„Amintiți-vă strategiile ACT care v-au fost de folos și notați-le pe următoarea foaie de răspuns:

- Precizarea și clarificarea sistemului personal de valori: ...
- Punerea în practică a atitudinii de acceptare: ...
- Detașarea de mentalul reactiv: ...
- Atitudinea sceptică față de explicațiile pe care clientul le dă comportamentului propriu sau comportamentului celorlalți: ...
- Stăpânirea propriilor gânduri ...
- Stăpânirea propriei istorii de viață ...
- Ancorarea în prezent și accentuarea activității mentalului creativ...
- Elaborarea unui plan de viață...
- Asumarea și ducerea la îndeplinire a unor angajamente ...

Aceiași autori (Strosahl și Robinson, 2008, p. 286) propun și un plan pentru prevenirea recăderilor de tip depresiv.

Domeniul existenței	**Strategii specifice psihoterapiei ACT (*accept – choose – take action*: acceptă – decide – acționează).**
Starea sănătății	
Relațiile cu cei din jur	
Activitatea profesională	
Petrecerea timpului liber	

Un element important în cadrul demersului psihoterapeutic ACT îl reprezintă și învățarea clientului să solicite și să ofere ajutor celorlalți.

Căutarea unor suporturi sociale presupune reînnoirea unor vechi relații, formarea unora noi cu persoane care au influență pozitivă asupra clientului sau solicitarea ajutorului din partea unor persoane sau grupuri specializate (consilier, psihoterapeut, cleric), grupuri de dezvoltare personală etc.

Un suport social competent se caracterizează printr-o atitudine empatică nonevaluativă. Trebuie evitate interacțiunile care presupun critică, sfaturi, lecții de viață sau comparații între ceea ce face persoana în cauză și ceea ce ar fi trebui să facă aceasta, sau ceea ce a făcut o altă persoană.

Psihoterapia ACT îl va învăța pe subiect să realizeze un inventar al suporturilor sociale la care poate să apeleze atunci când are nevoie.

Prezentăm mai jos o foaie de răspuns menită să inventarieze posibilele suporturi sociale (adaptată după Strosahl și Robinson, 2008, p. 295).

Persoane care pot acorda un suport social și locurile unde acestea pot fi identificate	**Activitatea sau grupul în care mă pot integra**	**În ce măsură mă ajută acest lucru**
Cluburi unde pot fi realizate diverse activități ce țin de hobby-uri		
Activități de fitness, sportive și de menținere a stării de sănătate		
Biserica sau alte tipuri de activități cu conținut spiritual (Yoga, Reiki etc.)		
Activități de voluntariat		
Alte tipuri de activități		

Obstacolele pe care le creează mentalul reactiv în calea comunicării cu persoanele de suport sunt reprezentate prin gânduri negative cu următorul conținut:

- „Nu doresc să devin o povară pentru nimeni";
- „Mă simt rușinat, umilit și vinovat de faptul că sunt depresiv";
- „Nu doresc să cer prea mult de la nimeni".

Strosahl și Robinson (2008, p. 300) dau următoarele sugestii clienților care apelează la internet pentru a se documenta în legătură cu starea lor depresivă:

- Evitați site-urile care prezintă depresia doar ca pe o afecțiune medicală. Alegeți acele site-uri care păstrează echilibrul între factorii biologici și psihologici în apariția și menținerea depresiei.
- Evitați (ignorați) site-urile care susțin faptul că depresia poate fi tratată doar cu medicamente sau cu un produs specific;
- Evitați site-urile sponsorizate de firmele de produse farmaceutice;
- Evitați site-urile care vă îndeamnă să încercați diverse tratamente neverificate pentru tulburarea depresivă, să intrați într-o grupare de tip new age sau să utilizați suplimente alimentare neprescrise;
- Evitați site-urile care fac promisiuni nerealiste cum ar fi, de pildă, că scăpați de depresie în câteva zile.
- Cele mai indicate sunt site-urile care oferă informații diversificate despre tulburarea depresivă și tratamentul acesteia.

În ceea ce privește grupurile de autoajutorare, aceiași autori ne recomandă alegerea următoarelor tipuri de grupuri (Strosahl și Robinson, 2008, p. 301):

- Grupuri în care se practică o formă recunoscută de terapie a depresiei: ACT, psihoterapie cognitiv-comportamentală, psihoterapie interpersonală sau bazată pe rezolvarea de probleme.
- Grupuri unde se caută soluții și nu unde se vorbește în mod excesiv despre durerea morală resimțită de clienți;

- Grupuri în care toți membrii se simt egali;
- Grupuri în care strategiile utilizate presupun o atitudine nonevaluativă, de acceptare, constructivă și care pune accent pe valorizarea persoanei umane.

V
Psihoterapia tulburărilor anxioase

Margaret Wehrenberg (2008) subliniază că statisticile de pe site-ul Asociației Americane pentru tulburările anxioase indică faptul că 40 de milioane de cetățeni suferă de tulburări anxioase, aceste persoane solicitând de trei până la cinci ori sprijin de specialitate pentru problemele lor emoționale.

Aceeași autoare afirmă că pacienții anxioși apelează frecvent la medicația psihotropă. Această manieră de tratament îi împiedică însă pe cei mai mulți să înțeleagă ceea ce li se întâmplă sau să încerce și alte metode alternative pentru a se elibera de anxietate. Mai mult, tratamentele medicamentoase au efecte secundare neplăcute și de multe ori simptomele anxietății reapar imediat ce subiectul a încetat tratamentul.

Cele mai întâlnite forme de anxietate sunt următoarele (Wehrenberg, 2008):

- Atacurile de panică

Manifestarea atacurilor de panică implică o puternică activare în plan fiziologic, cu o simptomatologie bogată ce poate cuprinde: palpitații, hiperventilație, senzația de sufocare, amețeli, senzații de vomă, de leșin, tremor, transpirații reci, senzația de „picioare moi" etc.

În plus, după apariția primului episod, persoana respectivă va trăi în permanență o teamă puternică legată de faptul că s-ar putea declanșa în viitor oricând un alt atac de panică.

Simptomele sunt mult mai ample și mai spectaculoase în cazul atacurilor de panică. Acestea pot fi:

- Cognitive: tensiune psihică, tendința de îngrijorare și ruminații interioare, gânduri și convingeri cu conținut negativ anxiogen.
- Comportamentale: conduitele de evitare.

În atacurile de panică mai întâlnim:

- îngrijorarea subiectului legată de faptul că atacurile de panică vor reprezenta o amenințare la adresa sănătății, siguranței vieții și bunăstării acestuia, precum și teama ca ele se vor produce și în viitor;
- obiectul anxietății îl reprezintă senzațiile fiziologice.
- agorafobie — ce reprezintă teama de a frecventa locuri din care subiectului i-ar fi mai dificil să iasă sau în care i-ar fi mai dificil să obțină ajutor în cazul unui astfel de atac.

- Tulburare de anxietate generalizată

Acest tip de afecțiune se caracterizează prin îngrijorări excesive și nejustificate în legătură cu diversele aspecte ale vieții cotidiene, temeri care durează mai mult de șase luni și alterează calitatea vieții persoanei, conducând la reducerea satisfacției legate de evenimentele existenței sale, la tulburări de concentrare a atenției și la scăderea randamentului în zona profesională și în cea personală.

La copii și adolescenți se întâlnește adesea anxietatea legată de performanțele școlare, condiție clinic diferită de fobia școlară. Orsillo și Roemer (2011, pp. 36–37) ne prezintă o sinteză a principalelor simptome ale tulburărilor anxioase. Astfel, în cazul tulburării anxioase generalizate, se vor întâlni:

- îngrijorări cronice cu privire la diverse evenimente sau situații;
- supraîncordare musculară și alte simptome fiziologice;
- teama fără un obiectiv bine precizat; îngrijorările sunt adesea folosite pentru a evita disconfortul legat de alte aspecte ale existenței.

- Fobia socială

Fobia socială se caracterizează prin tendința de evitare a situațiilor sau activităților care presupun prezența altor persoane, sau a unor posibile evaluări ce sunt făcute de persoane necunoscute, colegi, părinți, grupul din care subiectul face parte. În acest context, subiectul poate manifesta simptome ca: eritemul (înroșirea feței și gâtului), tremorul, transpirații, precum și o senzație subiectivă de anxietate.

Fenomenologia întâlnită este următoarea:

- anxietate și senzație de disconfort în situații psihosociale. Poate fi vorba despre o situație specifică (de exemplu, vorbitul în public) sau cu un caracter mai general;
- îngrijorări referitoare la faptul că subiectul va fi evaluat negativ sau judecat de ceilalți;
- obiectul fricii este reprezentat de situațiile sociale cotidiene.

Așadar, toate aceste tulburări anxioase presupun prezența unor simptome fiziologice care sunt traduse prin supraactivare neurovegetativă, tahicardie, hipertensiune arterială, senzație de sufocare, amețeli și senzație de irealitate, uneori senzații dezagreabile în zona aparatului digestiv etc.

- Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC)
  - În TOC vom întâlni gânduri sau imagini frecvente cu caracter intruziv mai intense decât îngrijorările (de exemplu, subiectul este obsedat de faptul că nu a încuiat ușa, nu a stins gazele, că s-a contaminat, că a lovit pe cineva cu mașina etc.)
  - Comportamente menite să prevină producerea potențialelor dezastre, ritualiste și care consumă mult timp (repetarea unor fraze, urmarea unor reguli stricte, aranjarea unor obiecte etc.)
  - Obiectul anxietății îl reprezintă gândurile, imaginile sau impulsurile indezirabile.

- Tulburarea posttraumatică de stres
  - Apare după ce subiectul a fost expus unui eveniment terifiant sau periculos în care s-a simțit lipsit de apărare sau victimizat;
  - Amintirile legate de traumă revin frecvent „din senin" în timpul viselor nocturne sau ca răspuns la evenimentele care evocă situația respectivă;
  - Tendința de a evita elementele care reamintesc evenimentul, propriile gânduri și stările afective legate de eveniment, însoțite de scăderea interesului față de anumite situații și detașarea de alte persoane;

- Sentimentul cronic al subiectului că este prins într-o capcană sau că se află la capătul puterilor;
- Obiectul fricii îl reprezintă acele elemente care reamintesc de evenimentul traumatic, atât interioare (amintiri, stări afective) cât și exterioare (obiecte, imagini, fraze scrise undeva, sunete etc.)

• Fobiile specifice
  - Disconfortul sau teama puternică de anumite obiecte, ființe sau situații specifice considerate de majoritatea oamenilor ca fiind nepericuloase (teama de păienjeni, de tunete, de fulgere, de anumite proceduri medicale, de câini, de locuri închise, de înălțime etc.)
  - Obiectul fricii are un caracter individualizat.

Cazul 1

Bogdan, un jurist în vârstă de 43 de ani, a făcut eforturi financiare serioase pentru a-și asigura o existență sigură și satisfăcătoare. Acesta a muncit foarte mult în timpul facultății și după terminarea acesteia și, în cele din urmă, a ajuns top-manager la o firmă multinațională.

Bogdan s-a căsătorit cu o colegă de facultate, Adriana, care și ea avea o situație financiară bună, lucrând la o bancă de prestigiu. Cei doi și-au construit o casă la Mogoșoaia, aveau două mașini și un fiu în vârstă de 11 ani, care învăța la o școală particulară.

Lucrurile au mers bine până la instalarea crizei financiare, când firma la care lucra clientul a părăsit România și Bogdan a trebuit să-și caute un alt serviciu. Clientul a devenit tot mai irascibil și mai nervos. Acesta era permanent îngrijorat în legătură cu viitorul și în același timp rumina regrete ce erau asociate cu trecutul său: „Oare nu ar fi fost mai bine să plec din țară imediat după terminarea facultății?"; „Oare cine va dori să angajeze un bărbat de peste 40 de ani la o firmă?"; „Ce se va întâmpla dacă îmi voi pierde casa?"; „Cum îi voi explica fiului meu că va trebui să meargă la o școală obișnuită?"; „De ce nu am pus niște bani deoparte?" etc. Bogdan a început să nu mai poată dormi noaptea derulând în minte consecințele pierderii serviciului, iar acest lucru a dus la un moment dat la epuizare din cauza lipsei de somn repetate. Clientul simțea în permanență dureri și încordare în zona spatelui, umerilor și gâtului. La un moment dat, clientul a început să simtă un nod în gât, senzație de sufocare și palpitații. De cele mai multe ori, acesta a început să se trezească noaptea speriat, transpirat și simțindu-și inima bătând tot mai repede.

Cazul 2

Camelia are 19 ani, este studentă la Științele comunicării și locuiește în căminul de la Grozăvești. Este vineri seara și mulți dintre colegi nu au plecat acasă. Pe culoar se aude gălăgie și fetele se pregătesc să meargă la club împreună cu prietenii. Camelia stă în pat cu fața la perete și pătura trasă pe cap. Colega ei de cameră, Mary, convinsă fiind că ea doarme, își ia geanta și iese pe hol comentând răutăcios faptul că aceasta este din nou răcită și nu poate să iasă din cameră. Colegele izbucnesc în râs și coboară în fugă treptele. Camelia nu și-a imaginat niciodată că își va petrece weekendul singură în camera de cămin. Fără să fie excesiv de sociabilă în liceu, Camelia avusese câțiva prieteni buni cu care își petrecea timpul liber. Mulți dintre ei au mers la Cluj la facultate, iar pentru Camelia, odată ajunsă în București, lucrurile s-au schimbat, ea întâmpinând tot mai multe dificultăți în a-și face prieteni. Deși avea rezultate bune la învățătură, Camelia era mai tot timpul singură. La un moment dat, ea a început să nu mai meargă la cantină, preferând să mănânce singură în cameră, pentru a nu mai fi văzută de colegi stând singură la masă. Treptat, performanțele sale școlare au început să scadă.

Adesea, Camelia lipsea de la cursuri sau seminarii rămânând toată ziua în cameră, așezată în pat. Avea tot mai frecvent stări de greață și ameteli, ruminând gânduri referitoare la eșecul ei în activitatea universitară și în legătură cu faptul că nu își mai poate face noi prieteni.

Cazul 3

Anca, în vârstă de 37 de ani, absolventă de filologie, este casnică, soția unui om de afaceri și mama a două fete în vârstă de 8 și 15 ani. Anca a lucrat în trecut foarte puțin timp ca traducătoare, dar în prezent, deși fetele sunt la școală, nu a mai încercat să-și găsească un alt serviciu.

Ea petrece mult timp făcând diverse treburi gospodărești, cu toate că are o persoană care o ajută în acest sens. Când termină ceea ce are de făcut, Anca se uită la televizor la telenovele. De mai bine de 7 ani, Anca se află sub tratament psihiatric pentru atacuri de panică. Clienta relatează faptul că a fost „o persoană temătoare de mică, preferând în copilărie să stea în casă, decât să se joace cu ceilalți copii". Același lucru s-a petrecut și în adolescență, Anca alegând din nou statul în casă în detrimentul activităților sportive sau al ieșirilor la diverse întruniri sau petreceri cu colegii de liceu. Când a intrat la facultate, ea a avut primul atac de panică în sesiunea de examene din iarna primului an și curând după această situație s-a transferat la secția de învățământ la distanță. La finalul studiilor s-a căsătorit cu un coleg pe care îl cunoștea încă din liceu, o persoană sobră și studioasă. O perioadă atacurile de panică s-au diminuat în intensitate și frecvență, dar după nașterea ultimului copil, acestea au devenit tot mai dese.

Clienta relatează că simțea „cum o cuprind valuri de căldură sau de frig, ameteli, tremurături și bătăi accelerate de inimă, senzații de sufocare și leșin". Acesta a fost momentul în care a mers la un consult de specialitate, la medicul psihiatru,

de la care a primit o medicație adecvată. Cu toate că atacurile de panică au dispărut la câteva luni de la începerea tratamentului, Anca se temea în continuare să iasă din casă pentru a nu i se face rău. Pe măsură ce timpul trecea, clienta a început să-și facă griji că li s-ar putea întâmpla ceva fetelor sau soțului. De asemenea, ea își făcea probleme pentru că nu se simțea în stare să meargă cu fetele ei în parc sau la mall.

În toate aceste cazuri este vorba de existența unei simptomatologii anxioase, o stare afectivă invalidantă, care creează la persoanele suferinde tendința de evitare a situațiilor în care o pot trăi, cumulată fiind cu lipsa interesului de a se confrunta cu aria problematică identificată.

Psihoterapeuții ce recomandă meditația prin conștientizare (*mindfulness*) ca strategie terapeutică sunt de părere că înțelegerea naturii anxietății și focalizarea asupra acesteia vor avea ca rezultat reducerea ei. Un prim pas în cadrul demersului terapeutic este reprezentat de invitația adresată clientului să răspundă la o serie de întrebări (configurate de Orsillo și Romer, 2011, p. 14), precum urmează:

1. Cum descrieți starea de anxietate care vă cuprinde? De unde știți că sunteți anxios?
2. Care este deosebirea dintre teamă și anxietate?
3. Considerați că aceste stări afective au un caracter adaptativ? Dacă da, oare de ce majoritatea oamenilor luptă împotriva anxietății?
4. În ce constă tulburarea anxioasă? Cum ajunge o persoană să sufere de această tulburare?

Studiu de caz

Alexandra, absolventă a facultății de Relații Internaționale, s-a mutat de curând de la Pitești la București pentru a lucra la o firmă de publicitate. Cu o zi înainte de a începe lucrul, ea a fost invitată de patronul firmei la o recepție ce a avut loc la un restaurant de lux din capitală. După ce a intrat în restaurant, în momentul în care s-a așezat pe scaun, Alexandra a simțit imediat o senzație de amețeală. Ea povestește că auzea frânturi din conversație, zgomotul făcut de ospătari și de colegii care mâncau și ciocneau paharele. Alexandra a simțit un val de anxietate care o cuprindea tot mai mult, ea căutând tot timpul în minte ceva ce ar fi putut spune pentru a participa la conversație, dar negăsind nimic. Clienta povestește faptul că prin minte îi treceau gânduri de felul următor: „Ei or să creadă despre

mine că sunt proastă", „Precis vor regreta că m-au angajat", „Nu mă voi potrivi niciodată cu acești oameni".
Alexandra a simțit cum obrajii i se înroșesc, palmele îi transpiră, gura i se usucă, inima îi bate tot mai rapid și o senzație de greață o cuprinde din ce în ce mai mult. Ea s-a ridicat brusc și a mers la baie, din spatele ușii auzind vocea viitorului șef care o întreba dacă se simte rău. Alexandra i-a răspuns printre lacrimi că probabil a mâncat ceva care nu i-a priit și l-a rugat să o scuze în fața colegilor pentru că va pleca acasă.
În prima ședință de psihoterapie, terapeutul i-a recomandat Alexandrei următorul exercițiu:
„Probabil că îți amintești ultima situație în care ai trăit o stare de anxietate puternică. Ia o poziție comodă, închide ochii și relaxează corpul. Inspiră și expiră profund de câteva ori. Încearcă acum să retrăiești în plan mental respectiva situație. Realizează imagini cât mai clare ale acestei situații ca și cum ai privi un film. Revezi cu «ochii minții» locul în care te aflai și auzi cu «urechile minții» sunetele, zgomotele și fragmentele din conversațiile care se purtau. În timp ce retrăiești situația respectivă, amintește-ți ce reacții ai avut. Reamintește-ți ce gânduri ți-au trecut prin minte, ce senzații corporale au apărut, ce emoții ai simțit. Reamintește-ți cum ai procedat: ce ai spus și ce ai făcut în situația respectivă. Încearcă să menții imaginile acelea pe ecranul mental timp de câteva minute. Dacă îți vin alte gânduri, readu înapoi imaginile inițiale cu răbdare și calm. După ce ai încheiat exercițiul notează într-un caiet gândurile, modificările fiziologice (senzațiile corporale), emoțiile și comportamentele pe care le-ai avut atunci".

Răspunsurile specifice la situațiile generatoare de anxietate sunt determinate de o multitudine de factori, cum ar fi elementele caracteristice situației în sine, temperamentul subiectului, reactivitatea fiziologică și emoțională a persoanei, istoria de viață a acesteia precum și unele aspecte dobândite prin intermediul învățării.

Oamenii răspund în mod diferit la diversele situații anxiogene. Spre exemplu, să ne imaginăm că o angajată din cadrul unei companii private primește duminică seara un e-mail de la șeful direct în care este invitată să raporteze la primele ore ale dimineții următoare ce a făcut în ultimele zile ale săptămânii respective, deoarece un client al firmei a făcut o reclamație. O astfel de persoană poate avea insomnie, gândindu-se toată noaptea la ce s-ar fi putut întâmpla cu reclamația respectivă și ce o așteaptă luni dimineața; o altă persoană poate avea simptome în plan digestiv, iar o a treia poate face chiar un atac de panică.

Deși anxietatea poate să se manifeste prin intermediul unor simptome diverse, prin cogniții, comportamente, reacții fiziologice, emoționale și imaginative variate, de cele mai multe ori subiectul nu conștientizează această mare diversitate simptomatologică. Spre exemplu, un elev conștientizează faptul că i se usucă gura ori de câte ori este scos la tablă, în timp ce o altă persoană simte cum îi bate puternic inima atunci când se află într-o piață aglomerată. Astfel, în cazul în care subiectul este învățat să identifice mai multe modalități de reacție, chiar dacă acestea sunt aparent mai discrete, persoana în cauză va putea să ia o serie de măsuri preventive pentru a face față anxietății.

În general, pentru un subiect anxios, simptomele fiziologice sunt mai ușor de identificat decât îi este să surprindă gândurile negative disfuncționale. Uneori, nici reacțiile în plan comportamental nu sunt atât de evidente. De pildă, o persoană poate să nu conștientizeze faptul că bea trei pahare de vin în fiecare seară pentru a nu rămâne trează și a nu rumina astfel gânduri referitoare la posibilele pericole din viața sa.

Primul pas în psihoterapia anxietății îl reprezintă observarea atentă a tuturor simptomelor și nu reprimarea lor. Observarea deliberată a reacțiilor unei persoane la situațiile anxiogene este total diferită de ceea ce face în mod obișnuit un subiect anxios. Acest proces presupune aducerea în câmpul conștiinței a unor elemente pe care persoana caută să le evite și observarea lor cu o atenție sporită, altfel spus „cu alți ochi".

Orsillo și Roemer (2011, pp. 18–19) propun clienților următorul exercițiu:

> Examinați cu atenție lista de mai jos și notați toate semnele anxietății. Veți găsi probabil și elemente la care nu v-ați gândit înainte de a face acest lucru.

Gânduri negative:

Îngrijorări referitoare la ceea ce s-ar putea întâmpla în viitor:

„Voi cădea la interviul de ocupare a unui post";

„Părinții mei se vor îmbolnăvi";

„Mă voi simți stingher și inconfortabil la petrecerea la care sunt invitat";

„Fiul meu va pica examenul de bacalaureat";

„Voi face un atac de panică la magazin".

Ruminații în legătură cu trecutul:
„Șeful meu a fost foarte dezamăgit de mine și de munca mea";
„Nu înțeleg cum am putut pica acel examen";
„A fost îngrozitor când m-a atacat acel individ".
Gânduri referitoare la diferite pericole:
„Voi face un atac de cord";
„Îmi voi pierde mințile";
Gânduri cu caracter autocritic:
„Nu sunt bun de nimic";
„Sunt un ratat";
„Sunt un prost".
Senzații fiziologice:

Puls accelerat; vertijuri; transpirații; respirație accelerată — hiperventilație; eritem; tremor; tulburări digestive; încordare musculară; dureri musculare; cefalee; neliniște; oboseală; iritabilitate și alte senzații cu aparență organică.

Stări afective, altele decât anxietatea: mânie, tristețe, depresie, dezgust, jenă, rușine, vinovăție ș.a.

Reacții în plan comportamental:

Comportamente cu caracter repetitiv: onicofagie, tricotilomanie, mișcări repetitive ale picioarelor și sau degetelor de la mâini, ticuri faciale sau corporale.

Comportamente de evitare: refuzul unei invitații de a ieși în oraș; refuzul de a participa la un test de promovare; absentarea de la serviciu sau de la școală sub pretextul că persoana este bolnavă; părăsirea prematură a unui eveniment; comportamente ritualiste; portul unor amulete etc.

Comportamente de distragere: mâncat compulsiv, consum abuziv de alcool, somn și fumat excesiv, privit la televizor ore în șir; mersul la cumpărături în mod inutil.

Comportamente de autoprotecție sau de dominare a celorlalți: exprimarea ostilității, agresivității, amenințarea directă a unor persoane; alte tipuri de comportamente pentru afirmarea puterii.

Diferența dintre teamă și anxietate

Teama reprezintă o stare emoțională cu caracter adaptativ ce are rolul de a mobiliza organismul în situații de pericol. Bătăile inimii devin accelerate și pompează mai mult sânge și oxigen la nivelul musculaturii membrelor (brațe și picioare), pupilele se dilată, mușchii

se încordează, iar respirația devine mai accelerată. Acestea reprezintă pe scurt simptomele reacției de „fugă sau luptă" prin intermediul căreia mamiferele fac față diverselor amenințări. Există și cazuri în care apare în acțiune ceea ce numim „stană de piatră", o reacție prin care animalul sau omul rămân nemișcați în fața primejdiei, astfel riscul de a fi observați de un atacator scăzând semnificativ.

Teama poate fi declanșată pe de o parte de stimuli fizici, iar pe de altă parte, de posibile pericole care țin de o natură psihosocială.

Aceste mecanisme se declanșează automat și au un caracter profund adaptativ.

Comparativ cu teama, anxietatea reprezintă o stare mult mai complexă cu caracter cronic și se referă la o posibilă amenințare care ar putea avea loc în viitor, din acest motiv prezentând mai curând un caracter anticipator.

Anxietatea se asociază adesea cu o senzație de neliniște și iritabilitate, tensiune musculară prezentă de multe ori în zona gâtului și a cefei. Deoarece mentalul subiectului este ocupat cu posibile pericole viitoare, capacitatea sa de concentrare asupra prezentului scade. Simptomatologia fiziologică și psihică a anxietății se completează cu tulburări ale somnului și de multe ori cu o senzație de oboseală permanentă.

Orsillo și Roemer (2011, p. 22) prezintă un tabel comparativ semnificativ pentru teamă și anxietate pe care îl redăm mai jos.

Natura amenințării	**Teamă (frică) imediată**	**Anxietate viitoare anticipativă**
Reacții fiziologice	Panică	Tensiune și activare cu caracter cronic
Funcție	Adaptativă (supraviețuire)	Pregătire (anticipare)

Individul uman își poate imagina dezastre viitoare retrăind toate senzațiile fiziologice care însoțesc anxietatea. Această capacitate de a vizualiza pericole îi face pe mulți oameni să creadă că, dacă și le imaginează, respectivele pericole au o probabilitate mai scăzută de a se produce.

În cazul în care ființa umană ar putea prevedea în mod real pericolele și amenințările, aceasta ar putea elabora strategii adaptative

pentru a le preveni; dar datorită caracterului imprevizibil al viitorului, o astfel de prognoză este imposibilă.

Din acest motiv, subiecții anxioși pierd foarte mult timp planificând strategii de a face față unor dezastre care nu se produc de fapt... niciodată. Menținerea unui echilibru între anticiparea viitorului și acceptarea caracterului incert al acestuia are o funcție adaptativă, în timp ce îngrijorările excesive reprezintă un indicator al faptului că acest echilibru a fost perturbat.

Îngrijorările se deosebesc fundamental de demersul normal de rezolvare de probleme, o activitate pozitivă ce are un scop concret în viață indivizilor. De cele mai multe ori oamenii își fac griji pentru lucruri care nu s-au întâmplat încă, despre chestiuni care nu au soluții sau pe care nu le pot controla, ca de exemplu o boală gravă a unei persoane apropiate.

O altă particularitate a îngrijorărilor constă în aceea că, la unii subiecți, îngrijorarea se transformă într-un fel de deprindere, aceștia abordând orice situație cu o aprehensiune anxioasă. Simptomul specific al aprehensiunilor anxioase constă în aceea că subiectul se îngrijorează când de un lucru (o situație), când de altul (un alt lucru, o altă situație, o altă experiență etc.).

Îngrijorările creează subiectului o dispoziție neplăcută, îi afectează capacitatea de concentrare a atenției, îl determină să se simtă încordat și epuizat și îl distrag de la realitatea prezentă.

În mod surprinzător, îngrijorările, deși au o serie de efecte negative asupra persoanei, au și unele avantaje care asigură întărirea acestui tip de comportament prin intermediul unor beneficii secundare.

Orsillo și Roemer (2011, p. 28) propun clienților anxioși angajați în demersul psihoterapeutic de conștientizare să se concentreze asupra cauzelor posibile care îi determină să se îngrijoreze:

- pregătirea pentru un eveniment viitor pe care subiectul și-l imaginează;
- asigurarea că respectiva persoană a luat în calcul toate posibilitățile și a ales soluția optimă la problema sa;
- asigurarea că mai există cel puțin o soluție în afară de aceea care l-a determinat pe subiect să facă ceva ce nu dorește, sau care îl determină să se simtă inconfortabil;

- apariția sentimentului că persoana a întreprins ceva în legătură cu problema respectivă, chiar dacă aceasta se află în afara controlului său;
- preîntâmpinarea producerii unui eveniment negativ, deși subiectul este conștient de faptul că nu deține controlul asupra acestuia:
- superstiție: „Dacă mă îngrijorez este mai puțin probabil ca evenimentul negativ să se producă";
- protecție: „Dacă mă gândesc suficient de mult la unele lucruri, pot preveni producerea acestora";
- motivarea subiectului de a realiza o acțiune pe care nu dorește să o întreprindă;
- evitarea gândurilor negative legate de o anumită situație prin trăirea unor stări afective negative legate de altceva.

De cele mai multe ori, motivul pentru care oamenii se îngrijorează îl reprezintă tentativele acestora de a avea un control asupra viitorului. Un exemplu des întâlnit în psihoterapie este următorul: o clientă își face mereu griji că logodnicul ei ar putea să o părăsească, pentru a *nu se simți singură și deprimată* dacă acest lucru se va întâmpla cu adevărat.

Îngrijorările de tip superstițios (subiectul se îngrijorează pentru a preveni producerea unui eveniment catastrofic sau cu încărcătură negativă) reprezintă un comportament care se autoîntărește și se amplifică în timp în cazul persoanelor anxioase.

De exemplu, o mamă care este îngrijorată că fiul ei se poate îmbolnăvi, va considera că starea bună de sănătate a acestuia este rezultatul îngrijorărilor ei.

Deși teama și anxietatea reprezintă reacții emoționale normale, specifice condiției umane, există situații în care acestea capătă un caracter patologic devenind tulburări anxioase. Acestea diferă între ele în ceea ce privește simptomatologia, dar prezintă o particularitate comună: produc un disconfort puternic și perturbă existența persoanei, împiedicând-o să desfășoare activități de importanță majoră.

Orsillo și Roemer (2011) propun clienților următorul exercițiu:

> Următoarele câteva zile observați cu atenție reacțiile voastre atunci când vă simțiți speriați sau anxioși. Mai precis acordați atenție acelor stări pe care de obicei aveți tendința să le evitați. Notați într-un jurnal ziua, situația în care vă aflați și trăirile

anxioase pe care le-ați avut. Notați de asemenea senzațiile fiziologice, gândurile, trăirile și comportamentele pe care le-ați pus în acțiune.

Unul dintre obiectivele acestui exercițiu constă în spargerea cercului vicios al anxietății, în cadrul căreia simptomele se declanșează automat și subiectul face eforturi să le reprime. Unele persoane se tem de faptul că îndreptarea atenției asupra anxietății o va accentua și mai mult. Trebuie precizat că acest lucru se va întâmpla doar la început, însă pe măsură ce clienții se obișnuiesc cu această practică, anxietatea se va reduce.

Lupta cu simptomele anxietății este epuizantă, stresantă și ocupă mult timp subiectului suferind. Comportamentele de evitare care au rolul de a-l îndepărta pe individ de obiectul fricii sale reprezintă un punct cheie în menținerea anxietății. Atunci când acesta este convins de faptul că o situație sau o acțiune reprezintă un pericol potențial, subiectul va avea tendința de a evita respectivul eveniment.

Evitarea situațiilor generatoare de anxietate creează clientului iluzia că poate duce o existență mai liniștită și mai lipsită de stres, dar costurile acestei evitări se materializează într-o suferință psihică și mai accentuată.

Studiu de caz

Cosmin, un economist în vârstă de 26 ani, care suferă de fobie socială, este puternic atras de o colegă de serviciu, dar refuză să propună orice întâlnire cu persoana respectivă de teama unei posibile evaluări negative. Din nefericire, comportamentul de evitare a persoanelor de sex opus pe care îl pune în acțiune Cosmin nu îl face mai fericit, ci dimpotrivă, el se blamează în permanență pentru alegerile făcute și se simte tot mai depresiv, mai vinovat, mai anxios și mai lipsit de valoare.

Demersul terapeutic bazat pe conștientizare propune clienților, pe lângă cele descrise până acum, și notarea într-un jurnal a tuturor opțiunilor referitoare la oportunitățile profesionale, la cele privitoare la relațiile interpersonale sau la petrecerea timpului liber. De remarcat că toate aceste opțiuni au avut ca motivație anterioară evitarea anxietății pentru subiecții în cauză. Astfel, conștientizarea tendințelor de evitare presupune:

- focalizarea atenției asupra unor situații pe care subiectul le evită de obicei;

- abordarea propriilor comportamente sau stări cu înțelegere și calm, renunțând la maniera autocritică.

Clientul poate să conștientizeze că evitarea implică (Orsillo și Roemer, 2011, p. 55) rând pe rând:

- decizia de a evita persoane, locuri sau activități care îi produc subiectului un sentiment de teamă;
- anumite modificări subtile în sfera comportamentală care se ascund sub masca unor preferințe;
- acționarea în „virtutea inerției" și evitarea activităților cu adevărat importante;
- adoptarea unor decizii minore și realizarea unor compromisuri pentru a reduce stresul fără ca subiectul să realizeze consecințele acțiunilor sale.

Instructajul adresat clienților este următorul:
Notați într-un jurnal răspunsurile la următoarele întrebări:

1. Ce anume faceți atunci când anxietatea vă afectează relațiile interpersonale?
2. În ce mod teama și anxietatea vă blochează relațiile cu cei apropiați?
3. Care este lucrul de care aveți nevoie de la cei din jur?
4. Ce ați dori să le oferiți celor dragi?
5. Ce vă oprește să solicitați ceea ce doriți sau să dăruiți celorlalți ceea ce aveți de oferit?
6. Ați luat decizii în domeniul relațiilor interpersonale care să fie bazate pe evitare?
7. Sunteți prezent și implicat atunci când vă aflați în compania celorlalți?
8. Ce întreprindeți atunci când anxietatea vă afectează activitatea școlară sau profesională?
9. În ce mod anxietatea vă blochează drumul în activitatea de învățare sau la serviciu?
10. Există schimbări pe care ați dori să le faceți în aceste domenii ale vieții?
11. Ați luat decizii în ceea ce privește serviciul, studiile sau viața de familie bazate pe evitare?

12. Sunteți prezent și total implicat în activitatea profesională, studii sau în gospodărie?

Adesea subiecții care își reprimă anxietatea nici nu realizează acest lucru și nici modalitatea în care această luptă le limitează existența.

Studiu de caz

Ana Maria este o cercetătoare în vârstă de 34 de ani. Ea este necăsătorită, și-a susținut doctoratul și are rezultate deosebite în domeniul chimiei în plan național și internațional.

Aparent, Ana Maria are o existență împlinită. Ea este o persoană rezervată, mai puțin comunicativă, astfel încât foarte puțini colegi știu că ea a fost violată în timpul liceului. Ana Maria călătorește mult în străinătate la diverse congrese și este pe deplin mulțumită de munca și succesele sale. Clienta locuiește singură într-un frumos apartament din centrul capitalei și-și petrece multe weekenduri și vacanțe împreună cu familia fratelui său, ocupându-se cu plăcere de educația nepoatei în vârstă de 11 ani. Deși părinții, fratele și prietenii au insistat de-a lungul timpului destul de mult, Ana Maria a afirmat în mai multe rânduri că nu dorește să se căsătorească și că este pe deplin satisfăcută de existența sa actuală. Ea reacționează destul de agresiv la încercările celorlalți de a-i organiza o întâlnire cu un bărbat, refuzând să facă acest lucru și fiind supărată pe cei din jur pentru strădaniile lor „repetate". Doar atunci când rămâne singură câteva zile și nu are ceva urgent de făcut, Ana Maria conștientizează un profund sentiment de singurătate și neîmplinire.

Clienta evită orice situație care o face să se simtă vulnerabilă și care îi amintește de psihotrauma suferită în adolescență. În primii ani de facultate, Ana Maria a încercat să se întâlnească cu băieți, dar cea mai mică aluzie sau atingere îi readuceau în minte scenele de viol. Clienta a preferat să se refugieze în muncă și în familia de origine evitând astfel orice nouă posibilă relație. Costul acestei alegeri a fost acela de a renunța la a cunoaște noi oameni și la șansa de a-și întemeia propria familie.

De semnalat faptul că există situații în care teama și anxietatea au un caracter adaptativ uneori, atunci când nu sunt înregistrate niveluri ridicate de intensitate pentru acestea. În schimb, când această intensitate este extrem de sporită, anxietatea poate genera conflicte în relațiile interpersonale și poate afecta calitatea vieții persoanei în multiple planuri.

Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă o deprindere care se formează prin exersare ca oricare altă abilitate ce necesită învățare. Practicarea cu regularitate a acesteia conduce la

diminuarea consecințelor negative ale luptei clientului cu simptomele anxietății.

Aceste consecințe negative sunt următoarele (Orsillo și Roemer, 2011, p. 59):

- Diminuarea capacității de concentrare a atenției

În vederea creșterii șanselor de supraviețuire, odată confruntat cu pericolul, individul uman își concentrează atenția asupra acestuia, ignorând ceilalți stimuli. În același timp, aprehensiunea anxioasă legată de viitor îl determină pe acesta să scaneze mediul înconjurător pentru a detecta potențialele pericole suplimentare.

Cu toate că atenția selectivă are menirea de a asigura securitatea individului, aceasta îl impiedică să observe celelalte aspecte neamenințătoare ale existenței sale în situația dată.

Atunci când atenția este focalizată asupra amenințării, subiectul uman poate ignora informații de importanță majoră.

Astfel, autorii menționați aduc în discuție un exemplu edificator, în care o studentă de 19 ani, Cathy, ce suferă de fobie socială, dorește foarte mult să fie acceptată și valorizată de către colegi. Clienta considera în mod eronat că modalitatea cea mai eficientă de a-și atinge acest obiectiv este reprezentată de controlul anxietății, pentru a evita evaluările negative. Din nefericire însă, concentrarea excesivă a atenției sale asupra propriei persoane o împiedică să observe modul în care acest comportament o pune în imposibilitatea de a interacționa în mod eficient cu ceilalți colegi. Dacă ea ar avea capacitatea de a-și felicita o colegă atunci când susține o prelegere și nu ar mai sta retrasă — fapt care este adeseori interpretat de ceilalți ca atitudine de distanțare, răceală și neimplicare — gândindu-se *ce* să spună și *cum* să facă acest lucru, în așa fel încât discursul său să fie unul fără greșeală, atunci cu siguranță rezultatul ar fi altul.

Această îngustare a câmpului atenției nu numai că îl impiedică pe un subiect să sesiseze o serie de stimuli importanți din mediul înconjurător, ci îl fac să perceapă cu predilecție trăirile fiziologice și psihice legate de anxietate, aducându-i cumva în prim-plan lupta cu reacțiile psihologice legate de aceasta din urmă.

Specialiștii în psihoterapia care folosește tehnica meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) recomandă clienților să noteze care sunt convingerile lor disfuncționale în raport cu trăirile anxioase,

alegând spre exemplu răspunsurile care li se potrivesc din următoarea listă (Orsillo și Roemer, 2011, p. 64):

„Nu-mi place să fiu anxios pentru că eu consider că acest lucru reprezintă un semn de slăbiciune".

„Mă înfurii pe propria persoană atunci când mă sperii sau mă enervez fără motiv".

„Sunt dezamăgit de mine pentru că sunt atât de anxios".

„Consider că starea mea de anxietate mă copleșește".

„Cred că anxietatea reprezintă un sentiment periculos".

„Înainte de a merge mai departe în viață trebuie să ajung să-mi controlez anxietatea".

„Dacă aș fi fost o persoană mai puternică, aș fi putut să opresc această stare".

Psihoterapia bazată pe principiul conștientizării îl învață, așadar, pe client să-și redirecționeze atenția. Acesta va fi dirijat să observe momentul în care mentalul părăsește prezentul imediat și se focalizează asupra unor posibile evenimente amenințătoare din viitor sau asupra unora negative din trecut. Cultivarea meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) va permite clientului să readucă focalizarea atenției în prezent și să participe plenar la propria sa existență. Astfel, subiectul va putea să-și înțeleagă mai bine propriile gânduri și emoții și să ia decizii cu caracter mai flexibil.

Focalizarea atenției *în* prezent și *asupra* prezentului permite și o mai bună conștientizare a consecințelor propriilor acțiuni, în felul acesta persoana reușind să învețe mai multe lucruri din propria experiență.

Meditația bazată pe conștientizare modifică relația unei persoane cu propriile sale experiențe interne într-o manieră aparte. Astfel, cu toate că anxietatea îl determină pe subiect să evite experiențele emoționale dezagreabile, acest tip de meditație bazată pe conștientizare îl va ajuta să le accepte. În loc să irosească multă energie judecându-și propriile stări emoționale, considerându-le pe unele ca fiind acceptabile, iar pe altele, neacceptabile, un client care deprinde această tehnică psihoterapeutică va ajunge să-și abordeze trăirile și stările emoționale cu o atitudine permisivă și plină de curiozitate. În principal el va înțelege faptul că aceste stări pot deveni noi experiențe

umane care pot să ofere oportunități de învățare și noi opțiuni asupra situațiilor de viață.

- Evitarea unor experiențe de viață

Un aspect important pe care îl îmbracă lupta subiectului cu anxietatea îl reprezintă tendința de a evita experiențele subiective dezagreabile care o însoțesc, respectiv tensiunea psihică și supraîncordarea. Cu cât subiectul va lupta mai mult, cu atât acesta va fi mai motivat să apeleze la strategii de distragere precum consumul de alcool, mâncatul compulsiv, privitul în exces la televizor sau cultivarea așa-numitei „gândiri pozitive".

Studiile arată că aceste eforturi nu dau rezultate și nu fac decât să-i producă subiectului un disconfort și mai accentuat (Treanor, 2011).

De asemenea, eforturile de a reprima emoțiile negative îl împiedică pe subiect să se concentreze asupra activităților prezente.

Meditația bazată pe conștientizare poate ajuta persoanele anxioase să stopeze evitarea automată a experiențelor negative legate de anxietate și să înțeleagă mai bine mesajul pe care această suferință îl transmite celor în cauză.

Acest tip de atitudine îi va determina pe clienți să abordeze emoțiile negative dintr-o nouă perspectivă, plină de înțelegere și compasiune. Astfel, emoțiile negative nu vor mai fi considerate amenințătoare de către clienți, ci vor fi înțelese ca parte a bagajului existențial purtat de indivizi dintotdeauna.

- Lupta împotriva anxietății îl împiedică pe individ să abordeze aspectele cele mai importante ale existenței sale

Așa cum am subliniat mai sus, această luptă cu stările afective negative consumă mult timp și este epuizantă pentru individ. Astfel, acestuia îi rămâne puțin timp pentru familie sau pentru a cultiva relațiile cu prietenii, pentru a progresa în carieră sau a se ocupa de hobby-urile sale. Majoritatea subiecților anxioși își promit în gând faptul că după ce vor scăpa de anxietate vor reveni la viața și la preocupările lor normale.

Lupta împotriva anxietății are un caracter continuu și subiectul rămâne de cele mai multe ori prins în capcana acestei bătălii fără sfârșit.

Învățarea clientului să adopte atitudinea de distanțare ce transpare în urma utilizării tehnicii bazate pe conștientizare (*mindfulness*) față de stările afective specifice anxietății reduce intensitatea acestora,

eliberându-l. Astfel, clientul se va putea ocupa de ceea ce consideră că este important pentru el.

Așadar, o persoană care suferă spre exemplu de fobie socială, dar dorește să fie în relație cu ceilalți, poate constata că, dacă se ocupă mai mult de lupta cu temerile sale, șansa de a relaționa cu cei apropiați este din ce în ce mai scăzută.

Psihoterapia care folosește tehnica meditației bazate pe conștientizare cultivă la clienți un stil de viață diferit de cel care presupune realizarea activităților multiple în mod simultan, utilizând ceea ce denumim „pilot automat".

Chiar dacă o persoană întreprinde o singură acțiune, de cele mai multe ori ea se va gândi în același timp și la altceva, este o chestiune firească în actualitatea existenței umane.

Abilitatea de a face mai multe lucruri în același timp fără a fi pe deplin atenți la ele poate fi utilă oamenilor, până la un anumit punct. Un exemplu în acest sens este cel oferit de conducerea unui autovehicul, atunci când un șofer experimentat nu mai acordă atenție pedalelor și schimbătorului de viteze.

Cu toate acestea, specialiștii în psihoterapia care utilizează tehnica meditației bazate de conștientizare consideră că angajarea oamenilor în mai multe activități cu caracter automat prezintă și o serie de neajunsuri.

Astfel, Orsillo și Roemer (2011, p. 79) prezintă câteva dintre aceste „costuri ascunse", pe care le redăm în tabelul de mai jos după cum urmează:

Costurile ascunse ale stilului de viață care presupune îndeplinirea unor sarcini multiple în același timp în mod automat

Probleme de atenție și memorie	Activitatea școlară sau profesională poate avea de suferit.
	Clientul nu va putea recepționa informațiile și mesajele subtile care vin din partea celorlalți.
	Subiectul nu va putea învăța suficient din experiențele sale pentru că abilitatea de a sesiza pas cu pas consecințele acestora este limitată.
Relații tensionate cu cei din jur	Persoanele semnificative pentru client se vor simți neglijate, chiar dacă acesta din urmă consideră că a petrecut suficient timp în compania lor.

	Clientul va transmite mesaje nonverbale că nu este interesat și că nu-i pasă de ceilalți.
	Incapacitatea de a detecta mesajele verbale subtile din partea celor din jur poate conduce la neînțelegeri sau la rănirea acestora.
Insatisfacții și nemulțumiri la locul de muncă, în relațiile interpersonale și în activitățile de loisir	Clientul va trăi ca un spectator al propriei sale vieți.
	Clientul nu va remarca și nu va putea trăi în întregime aspectele agreabile ale vieții profesionale, relaționale sau cele legate de petrecerea timpului liber.
	Ceea ce subiectul încearcă să evite poate deveni mai important decât ceea ce dorește să realizeze.
Starea de confuzie și lipsa de speranță	Clientul va simți că se străduiește din răsputeri să facă față solicitărilor existenței cu caracter competitiv, dar că eforturile sale nu sunt pe măsura așteptărilor.
	Subiectul va trăi un puternic sentiment al eșecului pentru că nu poate ameliora situația în care se află.

Existența desfășurată după principiul „pilotului automat" face ca întreaga viață a clientului să fie dirijată de ceea ce acesta încearcă să evite și nu de demersul de atingere a unor obiective.

Prezentăm în cele ce urmează câteva exerciții de meditație bazată pe conștientizare așa cum au fost ele propuse de Orsillo și Roemer, ce pot fi utilizate în cadrul unei terapii cu un client care prezintă simptomatologie anxioasă (2011, pp. 110–115).

1. Conștientizarea sunetelor

După ce a practicat meditația bazată pe conștientizare ce se centrează asupra respirației timp de cel puțin două săptămâni, clientul poate trece la un alt exercițiu, al cărui instructaj este următorul:

> „Așezați-vă într-o poziție comodă, relaxată și concentrați-vă atenția asupra respirației. După ce ați acordat atenție respirației timp de câteva minute, concentrați-vă asupra aparatului auditiv și deveniți conștient de toate sunetele care apar, fără a le căuta în mod special. Observați sunetele care sunt mai apropiate sau mai depărtate, cele care se aud din fața sau din spatele vostru, la dreapta sau la stânga voastră.

Veți observa sunete care se aud mai tare sau mai slab. Căutați să conștientizați sunetele ca pe niște simple senzații. Observați faptul că aveți tendința de a le denumi, eticheta, chiar evalua. De câte ori se întâmplă acest lucru, redirecționați atenția spre calitățile lor senzoriale, spre tonalitate, volum, durată. De fiecare dată când mintea tinde să vagabondeze, readuceți-o înapoi cu calm la sunetele care apar. Observați prezența gândurilor evaluative și reveniți înapoi la sunete, așa cum sunt ele".

Studiu de caz

Elvira, o profesoară în vârstă de 37 de ani, a început să practice tehnica meditației bazate pe conștientizare de câteva luni. În momentul în care a trecut la exercițiul de concentrare asupra sunetelor, ea a remarcat faptul că avea tendința să le judece, să le evalueze, considerând că unele reprezentau zgomote enervante, iar altele sunete agreabile pe care dorea să le asculte mai mult. Astfel, clienta se simțea iritată când auzea zgomotul produs de frânele unui automobil în timp ce ea ar fi dorit să audă mereu cântecul păsărilor.

Mentalul ei descoperea sursa sunetului, o eticheta, dorind ca unele sunete să dispară, în timp ce altele să fie mai mereu acolo. Clienta trăia o stare de insatisfacție pentru că lucrurile nu stăteau așa cum și-ar fi dorit ea. Pe măsură ce s-a obișnuit să conștientizeze sunetele ca atare (doar volum, tonalitate etc.) în loc să caută să le confere un sens, ea a reușit să constate fiecare sunet cu o atitudine bazată pe calm și curiozitate. Treptat, clienta a început să utilizeze aceste deprinderi și în alte situații, abținându-se să mai evalueze tot ceea ce se întâmpla (spre exemplu, aglomerația din trafic). Această abordare a determinat-o să devină mai puțin reactivă la evenimentele stresante specifice vieții de zi cu zi, permițându-i să acționeze cu mai mult calm, destindere și înțelegere față de propria persoană.

2. Conștientizarea senzațiilor fizice
(adaptat după Orsillo și Roemer, 2011, p. 112).

„Adoptați o poziție comodă, așezați pe scaun, cu spatele drept și umerii relaxați. Observați modul în care stați, modul în care se simte corpul vostru așezat pe scaun, ce zone ale corpului ating acest scaun. Inspirați și expirați lent, liniștit, cu o expirație prelungită. Îndreptați-vă apoi atenția din nou asupra corpului și observați fiecare senzație care apare în corp: poate că este tensiune, încordare sau durere; poate este atingerea ușoară a aerului pe piele, poate este senzație de foame sau orice fel de altă senzație. Observați fiecare senzație fără să o etichetați și

fără să o judecați. Observați doar senzațiile ca atare: poate o senzație de încordare în zona umerilor, o senzație de rece în zona degetelor de la picioare etc. Dacă apare tendința de a evalua aceste senzații, observați acest lucru și readuceți atenția încet asupra corpului vostru, asupra senzațiilor care apar lăsând fiecare senzație să fie ceea ce este ea, să dureze atât cât durează. Observați în mod pasiv ceea ce se petrece cu senzațiile din corpul vostru, notați acest lucru și treceți mai departe".

3. Conștientizarea și relaxarea musculară Jacobson (Orsillo și Roemer, 2011, pp. 114–115).

Acesta tehnică presupune încordarea și relaxarea voluntară a diferitelor grupe musculare. Exercițiul are menirea să-l învețe pe client să detecteze încordarea care apare în diverse zone ale corpului (de pildă, încordarea umerilor, a cefei și a gâtului) și apoi să relaxeze zonele respective. Încordarea musculară durează 5 secunde și trebuie făcută foarte ușor, relaxarea care urmează având de asemenea o durată de 5 secunde. Instructajul prezentat de autorii menționați este următorul:

„Așezați-vă într-o poziție comodă, șezând sau culcat pe spate. Îndreptați-vă atenția asupra respirației și asupra senzațiilor corporale. Apoi îndreptați-vă atenția asupra zonei gâtului și observați tensiunea care apare în zona respectivă. Aplecați capul în față sau spre spate (dacă stați așezat) și simțiți o ușoară încordare în zona respectivă. Relaxați apoi mușchii gâtului în timp ce expirați ușor timp de 30 de secunde trăind senzația de relaxare în zona gâtului. Repetați exercițiul încordând mușchii gâtului timp de 5 secunde și relaxându-i timp de 45 de secunde. Îndreptați-vă atenția asupra umerilor și zonei superioare a spatelui. Ridicați apoi ușor umerii încordând mușchii după care îi coborâți și relaxați, îi relaxați tot mai mult și mai mult. După 30 de secunde repetați exercițiul, relaxarea durând de această dată timp de 45 de secunde. Îndreptați-vă apoi atenția asupra altor părți ale corpului și observați dacă simțiți tensiune în zona maxilarelor, brațelor, palmelor sau picioarelor etc. Dacă detectați tensiune musculară, încordați și apoi relaxați în același mod mușchii respectivi. Repetați procedura încordând și apoi relaxând

tot mai mult grupele musculare respective, prelungind durata de timp așa cum ați lucrat pe parcursul întregului exercițiu".

4. Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) în mișcare (Orsillo și Roemer, 2011, p. 116).

Instructajul unui exercițiu care implică mișcare poate avea următoarele coordonate:

> „Alegeți un spațiu liniștit, suficient de mare pentru a putea să vă plimbați în cerc. Începeți prin a conștientiza modul în care tălpile picioarelor ating solul și observați senzațiile care apar în corpul dumneavoastră. Îndreptați-vă apoi atenția asupra respirației, inspirați și expirați lent în timp ce stați în picioare. Apoi inspirați și ridicați ușor piciorul drept de pe sol și, în timp ce expirați, pășiți și deplasați greutatea corpului pe piciorul stâng. Continuați să pășiți ușor, respirând odată cu fiecare pas și conștientizând senzațiile care apar în corpul dumneavoastră în timp ce pășiți liniștit".

Conștientizarea corpului în mișcare se poate realiza și în timpul unor exerciții de yoga sau de tai-chi.

Pentru clienții care consideră că au mai puțin timp la dispoziție pentru a practica aceste exerciții în solitudine, autorii (Orsillo și Roemer, 2011) recomandă realizarea procedeului de meditație bazată pe conștientizare în timpul activităților cotidiene cum ar fi gătitul, spălatul sau curățenia în casă.

Aceasta presupune ca subiectul să abordeze sarcinile zilnice de rutină cu o atitudine diferită, ca și cum ar face de fiecare dată ceva nou.

Să presupunem că o persoană se spală pe dinți pentru prima dată lucrând această tehnică ce implică atenție, concentrare și conștientizare pe prezentul „aici și acum". Persoana respectivă va remarca culoarea și forma periuței, mirosul pastei de dinți, gustul acesteia, mișcările de periaj pe care le face, senzațiile pe care le resimte la nivelul gingiilor și a cavității bucale atunci când există atingerea periuței, a pastei și a apei.

O astfel de concentrare a atenției și de conștientizare poate fi realizată în cadrul oricărei activități zilnice: de la modul în care persoana mănâncă la modul în care se plimbă, de la mângâiatul unui animal la

felul în care susține o conversație telefonică, de la mersul cu mijloacele de transport în comun la felul în care ascultă muzica ș.a.

Atunci când un client practică această tehnică de meditație bazată pe conștientizare în cadrul unei intervenții psihoterapeutice cognitiv-comportamentale se poate întâmpla ca mintea sa să fie invadată de sentimente de teamă, tristețe, depresie, mânie sau culpabilitate, ceea ce va atrage după sine tendința la început de a evita aceste stări considerate „dezagreabile". Psihoterapeutul va prezenta aceste aspecte clientului, atenționându-l și învățându-l pe acesta să conștientizeze prezența acestor stări afective, utilizând o atitudine de acceptare și autocompasiune.

Rezultatul acestei abordări va fi diminuarea disconfortului psihic după scurt timp. Un exercițiu recomandat în acest sens este prezentat și adaptat după Orsillo și Roemer (2011, p. 125) în rândurile următoare:

> „Așezați-vă într-o poziție comodă, relaxați corpul și concentrați-vă vreme de câteva minute asupra respirației. Apoi imaginați-vă un moment în care ați trăit o emoție puternică. Amintiți-vă senzațiile corporale trăite atunci, gândurile care v-au venit în minte. Amintiți-vă cum ați fi dorit să acționați sau cum ați reacționat efectiv, ce sentimente și stări ați trăit în momentul respectiv. (La început, *reacția firească a unei persoane este să reprime aceste senzații, emoții și gânduri*). Readuceți cu calm amintirile respective în câmpul conștiinței și, după ce le observați, luați notă că ați făcut acest lucru".

După ce clientul s-a obișnuit cu exercițiul prezentat mai sus, autorii menționați recomandă trecerea la un alt exercițiu, mai complex (Orsillo și Roemer, 2011, p. 131):

> „Amintiți-vă un moment din viața dumneavoastră în care v-ați simțit trist, deprimat. Nu este necesar să fie un eveniment recent, dar nici un eveniment din copilărie. Alegeți o situație în care ați fost foarte trist, dar nu copleșit de tristețe. Acest exercițiu poate fi realizat așa cum doriți, nu există o manieră corectă sau greșită. Vă puteți opri și puteți nota într-un caiet descrierea detaliată a evenimentului respectiv. Reamintiți-vă experiențele din plan senzorial pe care le-ați avut atunci: ce ați auzit, văzut, simțit în acea perioadă? Care au fost senzațiile fiziologice pe

care le-ați trăit? După ce ați realizat acest lucru, reluați poziția favorită de meditație, în care veți rămâne aproximativ 10 minute.

Începeți prin a observa maniera în care sunteți așezat, punctele în care corpul dumneavoastră atinge scaunul sau podeaua. Concentrați-vă atenția asupra actului respirator. Observați senzațiile pe care le aveți atunci când inspirați și expirați lent și liniștit.

Readuceți apoi în conștiință acel eveniment care v-a făcut să vă simțiți foarte trist. Imaginați-vă că vă aflați cu adevărat în situația respectivă și observați imaginile pe care le vedeți, sunetele sau vorbele pe care le auziți. Acordați apoi atenție senzațiilor corporale observând zonele în care musculatura este încordată. Conștientizați gândurile care vă vin în minte, emoțiile pe care le trăiți. Este posibil să remarcați chiar prezența a mai multor stări afective. Remarcați tendința de a evita aceste trăiri emoționale. Abordați trăirile cu o atitudine de curiozitate și autocompasiune, fără a evalua sau judeca în vreun fel experiențele pe care le trăiți în acest moment.

În timp ce conștientizați tendința de evaluare readuceți încet atenția asupra trăirilor respective. Observați într-o manieră detașată cum aceste trăiri se modifică sau nu se modifică. Atunci când timpul acordat meditației a expirat, concentrați-vă din nou asupra respirației, asupra momentului prezent și apoi deschideți încet ochii. Exercițiul a luat sfârșit".

Există situații când reacțiile emoționale ale subiectului nu sunt clar precizate, acesta simțindu-se adesea stresat sau indispus fără să știe exact care este motivul. Un astfel de client poate trăi sentimentul că este prins cumva în capcana emoțiilor sale. Spre exemplu, o persoană care nu a dormit bine noaptea se simte frustrată și reacționează exagerat la stimuli minori: o remarcă a șefului, aglomerația din trafic sau gălăgia copiilor. De asemenea, o persoană care nu se hrănește cum trebuie poate trăi stări de tristețe, teamă sau iritare.

Stările afective pot fi influențate și de modificările hormonale, de prezența unor boli cronice sau de un regim de viață și de activitate haotic.

Terapia prin acceptare și angajament care mizează pe utilizarea meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) îl învață pe client să folosească această tehnică în vederea clarificării stărilor emoționale care au cauze insuficient cunoscute sau precizate.

Uneori, stările emoționale neclare apar și din cauza faptului că subiectul reacționează la stimulii din prezent purtând cu sine o încărcătură din trecut.

Studiu de caz

Maria, o programatoare în vârstă de 35 de ani, a fost criticată pe nedrept de șeful ei. Acesta din urmă era cunoscut ca fiind o persoană autoritară și angajații erau sfătuiți de colegi să nu reacționeze la criticile exagerate ale acestuia.

Așa s-a întâmplat și cu Maria, care a tăcut și chiar a reușit să-i mulțumească șefului pentru feedbackul dat. Odată ajunsă acasă, Maria a fost întâmpinată de soțul ei care i-a atras atenția că a uitat să cumpere pâine. În acel moment, Maria a explodat, reproșându-i acestuia pe un ton disproporționat că o critică în permanență. Maria nu a știut cum să interpreteze expresia mirată a soțului față de comportamentul ei.

Reacții de acest tip pot să apară și atunci când persoana are niște conflicte nerezolvate din trecut pe care le proiectează asupra altor persoane în prezent (de exemplu, poate fi vorba despre o relație disfuncțională cu tatăl pe care o clientă o va transfera asupra partenerului actual de viață). Sunt necesare luni întregi de practică meditativă pentru ca subiectul să diferențieze stările emoționale și să conștientizeze faptul că acestea sunt produse de amintiri din trecut și nu de evenimente prezente.

Exercițiul de meditație bazată pe conștientizare recomandat de Orsillo și Roemer (2011, pp. 141–142) în această situație este următorul:

„Reamintiți-vă de un moment care a avut loc săptămâna trecută, când starea voastră afectivă a avut un caracter neclar. Poate ați avut o dispoziție neplăcută, poate ați fost agitat, iritat, poate ați reacționat disproporționat față de stimulii primiți și nu ați înțeles ce se întâmplă.

Amintiți-vă un astfel de moment în care starea dumneavoastră afectivă nu s-a potrivit cu ceea ce s-a petrecut în acel moment.

Notați într-un jurnal descrierea evenimentului respectiv. Reamintiți-vă experiențele senzoriale pe care le-ați trăit atunci: ce ați vizualizat, ce ați auzit, ce ați simțit, ce reacții corporale ați avut, ce stări emoționale ați trăit.

Adoptați poziția de relaxare comodă, așezat pe scaun, cu spatele drept. Îndreptați-vă atenția asupra modului în care sunteți așezat. Observați punctele de contact dintre corpul dumneavoastră și scaun sau podea. Conștientizați respirația: inspirați și expirați lent, cu expirația mai lungă decât inspirația. Observați senzațiile care apar în timpul actului respirator. Simțiți cum aerul intră și iese pe nări, prin trahee, bronhii, plămâni.

Simțiți cum abdomenul se ridică ușor la inspirație și coboară la expirație.

Acum reamintiți-vă momentul în care ați trăit o stare emoțională confuză, neclară. Imaginați-vă că sunteți în situația respectivă, observând imagini, sunete, cuvinte. Conștientizați zonele în care musculatura este încordată. Poate că mușchii cefei, gâtului și umerilor sunt încordați, sau poate că simțiți niște senzații neplăcute în stomac. Pe măsură ce vă concentrați asupra respirației remarcați gândurile care vă vin în minte. Observați cu calm fiecare gând în parte și readuceți încet atenția asupra senzațiilor corporale. Concentrați-vă apoi atenția asupra stărilor emoționale care apar, asupra senzațiilor fiziologice care le însoțesc. Indiferent ce experiențe apar, lăsați-le să se manifeste. Observați tendința de a reacționa, de a evita aceste stări afective la început. Abordați trăirile afective cu o atitudine calmă, plină de curiozitate și de autocompasiune. Observați tot ceea ce se întâmplă fără să modificați trăirile respective, fără să le evaluați sau să le judecați. Ori de câte ori apare tendința de a evalua acele stări, readuceți încet, cu calm, atenția asupra lor și lăsați-le să se deruleze. Remarcați modificările de respirație sau tonus muscular atunci când încercați să reprimați o stare emoțională neplăcută. Continuând să acordați atenție respirației, lăsați experiențele respective să se deruleze și să se dezvăluie. Observați cum stările afective se modifică sau nu se modifică, într-un ritm calm și liniștit. Atunci când a expirat timpul, lăsați toate aceste amintiri să se ducă și concentrați-vă atenția asupra respirației și momentului prezent. Deschideți încet ochii și reveniți la starea obișnuită. După ce ați încheiat exercițiul notați în jurnal toate cele observate".

Anumiți clienți sunt de părere că obiectivul intervențiilor psihoterapeutice în care se utilizează meditația bazată pe conștientizare

constă în obținerea unei detașări față de propriile trăiri afective. Trebuie precizat însă faptul că există o diferență semnificativă între capacitatea de a observa propriile emoții și lipsa de rezonanță afectivă, care poate conduce la sărăcirea vieții psihice a persoanei.

Ființa umană este pusă în fața unui paradox: pe de o parte, omul dorește să ducă o existență bogată în sensuri, să trăiască sentimente de satisfacție, plăcere, bucurie și să evite suferința și durerea. Pe de altă parte însă, trăirea unor experiențe care conferă împliniri pune adesea individul în situații care pot să genereze gânduri și stări afective cu conținut negativ.

Câți dintre noi nu au trăit satisfacția de a avea o situație profesională și materială mai bună în alt oraș, sau chiar în altă țară, satisfacție umbrită de sentimentele de tristețe care apar atunci când ne părăsim familia de origine și mediul în care am crescut?

Reacțiile obișnuite față de astfel de situații pot fi următoarele (Orsillo și Roemer, 2011, p. 150):

- alegerea unui stil de viață liniștit, sigur, previzibil despre care subiectul crede că îi va oferi protecție împotriva anxietății sau oricărei dureri emoționale;
- concentrarea tuturor forțelor pentru eliberarea de anxietate, subiectul considerând că, odată ce a scăpat de aceasta, va putea să-și urmeze drumul în viață, atingându-și obiectivele dorite;
- adoptarea unei atitudini de acceptare și conștientizare. Subiectul va fi dispus astfel să trăiască orice stare emoțională în timp ce-și trăiește plenar propria existență.

Studiu de caz

Cristina, o economistă în vârstă de 36 de ani, lucrează la aceeași firmă încă de când a terminat facultatea. În acest interval de timp, ea a reușit să obțină doar o singură promovare, deși era considerată o angajată bună. Clienta a primit numeroase oferte de serviciu mult mai interesante și mult mai bine plătite, dar nu a avut curajul să accepte niciuna, deoarece considera că nu poate să facă față noilor solicitări. Cristina se înțelegea bine cu colegii, ieșea uneori în weekend cu aceștia, dar nu era cu adevărat apropiată de nimeni. Ea suferea de anxietate socială și era de părere că „dacă ceilalți ar cunoaște-o mai bine, ar disprețui-o". Cristina a avut în această perioadă doi parteneri, dar fiecare dintre relații s-a încheiat după scurt timp din cauza fricii ei de a fi abandonată și de a nu suferi. Ea a pus capăt astfel ambelor relații înainte de a fi părăsită, așa cum se tot

aştepta să se întâmple. Deşi şi-ar fi dorit o relaţie bazată pe afecţiune şi încredere, Cristina prefera să menţină o distanţă faţă de ceilalţi oameni pentru a se simţi în siguranţă.
Cristina a fost crescută într-o familie dezorganizată, în care tatăl, inginer petrolist, lucra în permanenţă departe de casă, primind contracte de lungă durată în ţările arabe. Mama, absolventă a Institutului de Teatru, nu a lucrat nicăieri, fiind de altfel alcoolică şi depresivă.
Cristina a învăţat de mică să se descurce singură, mâncând ce se găsea în frigider (cereale cu lapte, mezeluri) şi spălându-şi singură rufele.
La şcoală a învăţat bine, nu a avut probleme şi a intrat la facultate imediat după terminarea liceului, pe locurile fără taxă.
Aparent Cristina era o tânără echilibrată şi fără probleme, însă în fapt suferea de depresie şi anxietate. Ea nu s-a plâns niciodată de faptul că a fost neglijată, de teama de a nu fi luată de lângă mama sa de care era ataşată, în ciuda comportamentului acesteia.

După cum se poate observa din analiza acestui caz, o serie de persoane aleg calea evitării suferinţei (depresiei şi anxietăţii) prin intermediul unor strategii care le limitează opţiunile în domeniul relaţiilor interpersonale, al vieţii profesionale sau al activităţilor de petrecere a timpului liber, oferindu-le în schimb o existenţă sigură şi monotonă. Astfel, Cristina a suferit destul de mult în copilărie şi adolescenţă şi s-ar putea spune că are tot dreptul să se protejeze. Cu toate acestea, la o analiză mai atentă, rezultă faptul că, oricât de mult s-ar putea autoproteja o persoană, este imposibil să evite total teama, depresia sau frustrarea, deoarece acestea fac parte pur şi simplu din existenţa umană.

Menţinerea unei distanţe faţă de ceilalţi o poate proteja pe Cristina de respingere, dar îi generează sentimente de tristeţe şi teamă din cauza singurătăţii în care trăieşte.

Psihoterapia în care este utilizată meditaţia bazată pe conştientizare îl va ajuta pe client să observe toate stările afective pe care le trăieşte acesta atunci când îşi limitează existenţa pentru a evita suferinţa psihică.

Studiu de caz

Florentina, în vârstă de 31 de ani, absolventă a unei facultăţi de studii administrative şi comunicare, lucrează la un departament care se ocupă de proiecte europene. Clienta a trăit toată viaţă în compania unei mame agorafobice, care suferea severe atacuri de panică. Tatăl, militar de carieră, era mai mult plecat

de acasă. Pe măsură ce afecțiunea mamei se înrăutățea, Florentina se implica tot mai mult în treburile gospodărești, astfel încât nici în perioada liceului și nici la facultate nu avea timp să se întâlnească cu colegii sau să-și facă prieteni. Din acest motiv, Florentina nu a reușit să-și găsească un partener pentru o relație de durată. În jurul vârstei de 23 de ani, clienta a început să aibă la rândul ei atacuri de panică. Acest lucru a speriat-o foarte tare și a decis să lupte cu aceste stări pentru a nu duce o viață la fel ca a mamei sale. Clienta a acceptat o bursă de șase luni în Olanda, apoi un post care presupunea multe responsabilități și deplasări de serviciu. Florentina s-a înscris la un curs de gimnastică aerobică, dar seara, înaintea unei deplasări sau întâlniri importante, obișnuia să consume câteva pahare de vin pentru a se relaxa.

Dacă i se întâmpla să aibă un atac de panică la serviciu, mergea la toaletă și lua una sau două tablete de Sedocalm. În ciuda eforturilor sale de a-și controla anxietatea, aceasta se accentua pe măsura trecerii timpului. La un moment dat, clienta s-a adresat unui cabinet de psihiatrie, unde i s-a prescris o medicație pe care nu a urmat-o decât o săptămână din cauza efectelor secundare. După întreruperea tratamentului, atacurile de panică au devenit și mai frecvente, astfel încât clienta s-a adresat unui psihoterapeut de orientare cognitiv-comportamentală de scurtă durată. În cazul acestei cliente, rezultatele cele mai bune s-au înregistrat în urma aplicării tehnicilor de relaxare, acestea fiind urmate de exerciții de meditație bazată pe conștientizare.

Prin intermediul exercițiilor și tehnicilor amintite, clienta a învățat să adopte o atitudine detașată, de acceptare a gândurilor negative, a emoțiilor negative, a amintirilor psihotraumatizante și a senzațiilor fiziologice care însoțeau toate aceste stări afective mai puțin plăcute.

Așa cum am subliniat anterior, acceptarea nu înseamnă resemnare, ci clarificarea și înțelegerea stărilor emoționale pe care individul le trăiește, ceea ce conduce la reducerea forței acestora, în timp ce reprimarea lor nu face decât să le accentueze.

Atitudinea de acceptare și demersul de conștientizare a emoțiilor negative contribuie la dezvoltarea flexibilității mentale și se concretizează în abandonarea luptei împotriva anumitor realități, fie că este vorba despre evenimente externe, fie de anumite stări psihice. Subiectul poate învăța să înceteze alcătuirea afirmațiilor de tipul următor: „Acest lucru nu ar fi trebuit să se întâmple!"; „Este îngrozitor!"; „Este nedrept!"; „Eu nu ar trebui să trăiesc această stare!"; „Nu pot să o suport!"

Acceptarea implică retrăirea experiențelor așa cum sunt ele, fără încercări de a le manipula, evita, reprima sau modifica. În același timp, subiectul este invitat să se angajeze în activitățile pe care le

consideră importante, indiferent de gândurile negative sau emoțiile disfuncționale care le pot însoți. Astfel, un client va decide să meargă la înot, chiar dacă nutrește următoarele gânduri: „Ceilalți vor spune că sunt prea gras și prea bătrân ca să fiu acolo".

Un astfel de client va fi dispus să accepte sentimentul de jenă și teamă pe care îl încearcă atunci când se apropie de bazinul de înot, în urma efectuării travaliului de meditație bazată pe conștientizare. Practicarea acestei tehnici permite clienților să-și dezvolte așa numitul „ego observator" cu ajutorul căruia vor putea să-și monitorizeze gândurile, emoțiile și senzațiile corporale fără autocritică, teamă sau identificare cu acestea.

Orsillo și Roemer (2011, pp. 176–177) propun un exercițiu de meditație bazată pe conștientizare care are ca obiectiv detașarea clientului de experiențele sale psihologice. Prezentăm aici o variantă adaptată după cea a autorilor menționați:

> „Adoptați o poziție comodă, cu spatele drept și sprijinit de spătarul unui scaun sau fotoliu. Închideți ochii și concentrați-vă atenția asupra respirației. Observați modul cum aerul pătrunde în corp la inspirație și iese din corp la expirație. Observați cum este așezat corpul vostru. Remarcați tensiunile, încordările musculare și lăsați-le ușor să treacă.
>
> Acum imaginați-vă că stați întinși pe iarbă, pe o pătură sau pe saltea, într-o poiană înconjurată de copaci înalți cu coroane bogate. Stați întinși cu corpul foarte relaxat și priviți norii albi și pufoși care alunecă lin și liniștit pe un cer albastru.
>
> Observați norii albi și pufoși care alunecă pe cer, dar nu se confundă cu cerul. La fel cum norii alunecă pe cer, observați cum gândurile, emoțiile, trăirile voastre pătrund în interiorul norilor și se mișcă pe cer. Imaginați-vă că vă contopiți cu norii, că norii vă copleșesc, sunt albi și pufoși, dar pot fi și întunecați și amenințători. Remarcați faptul că, deși este acoperit de nori, cerul există independent de aceștia. Observați momentul în care gândurile și sentimentele voastre se separă de voi sau devin una cu persoana voastră, imaginându-vă faptul că cerul se află în spatele norilor. Imaginați-vă din nou cum plasați gândurile și sentimentele voastre în nori... observați ce forme și culori au aceștia...

Atunci când vi se pare că deveniți una cu norii, readuceți încet atenția asupra cerului care se află în spatele norilor.

Jucați-vă cu ajutorul imaginației și plasați gândurile și sentimentele voastre în norii care alunecă pe cer".

Psihoterapia în care este utilizată meditația bazată pe conștientizare îl ajută pe subiect să înțeleagă faptul că stările emoționale, gândurile și experiențele trăite sunt fenomene pasagere (aidoma norilor care alunecă pe cer) și că are posibilitatea de a nu se mai identifica în totalitate cu ele.

Așa cum am mai subliniat, clientul este dirijat să facă un pas înapoi și să-și privească propriile gânduri și emoții cu o atitudine detașată, bazată pe autocompasiune. În felul acesta, el va deveni mai flexibil și va putea să acționeze în direcția dorită, chiar dacă stările emoționale ar putea să îl oprească să facă acest lucru la început.

Unul dintre motivele pentru care este atât de dificil ca un client să se detașeze de conținutul gândurilor sale îl reprezintă convingerea conform căreia acestea au o mare putere deorece îl ajută în demersul de rezolvare de probleme.

Investirea gândurilor cu o forță disproporționată stă la baza îngrijorărilor, care nu reprezintă altceva decât încercările indivizilor de a găsi soluții la probleme care nu pot fi rezolvate în totalitate.

Astfel, o mamă îngrijorată de siguranța copiilor ei nu realizează faptul că, indiferent ce ar face, ea nu poate controla în totalitate situația. Persoana respectivă, care își imaginează încontinuu astfel de pericole potențiale, nu se va putea bucura de timpul petrecut împreună cu copiii săi și în acest mod îi va determina pe aceștia să devină anxioși la rândul lor.

Din nefericire, multe probleme de viață sunt insolubile și indiferent cât de mult s-ar gândi o persoană la ele, nu va putea găsi nicio soluție.

Un demers la fel de inutil este și acela în cadrul căruia subiectul evaluează argumentele pro și contra unei decizii într-o situație în care nu există un răspuns precis (să schimb sau nu locul de muncă, să rup o relație, să mă mut în altă localitate etc.). Încercările disperate ale subiectului de a descoperi răspunsul corect nu fac decât să-i intensifice anxietatea, depresia și/sau iritabilitatea.

Psihoterapia care se bazează pe principiul meditației însoțite de conștientizare (*mindfulness*) recomandă clientului să eticheteze gândurile ca fiind *gânduri* și nimic altceva.

De pildă, un client anxios ar trebui să-și spună în gând: „Nutresc un sentiment de anxietate", în loc de: „Sunt anxios" sau „Respirația mea devine accelerată" atunci când simte o astfel de senzație.

Orsillo și Roemer (2011, pp. 184–185) propun următorul exercițiu de meditație și conștientizare a gândurilor:

> „Unii oameni preferă să-și imagineze că plasează fiecare gând pe o frunză și să urmărească modul în care aceasta alunecă pe apa unui râu. Alte persoane își vor imagina un ecran mental pe care gândurile apar și dispar ca într-un film. Alegeți imaginea care vi se potrivește cel mai bine".

Obiectivul acestui exercițiu este ca subiectul să surprindă momentul în care nu mai privește gândurile sale din exterior, ci se identifică cu ele, lăsându-se prins astfel în capcana acestora.

> „Când se întâmplă acest lucru readuceți înapoi atenția asupra exercițiului, plasându-vă din nou în poziție de observator".

Pe măsură ce clientul începe să-și accepte trăirile interioare, acesta va observa cum gândurile negative și stările afective disfuncționale își pierd din intensitate.

Un alt aspect important în demersul de depășire a anxietății îl reprezintă clarificarea sistemului de valori al clientului, a ceea ce este cu adevărat important pentru el. Aceste valori reprezintă sursa motivațională pe care se va putea baza clientul aflat în luptă cu anxietatea.

Conceptul de valoare în psihoterapia acceptării și angajamentului nu se referă la norme morale impuse de surse externe, ci la aspectele care au o semnificație deosebită pentru client. Conform acestui concept nu există valori bune sau rele, ci valori specifice fiecărui individ în parte. În momentul în care subiectul conștientizează ceea ce este important pentru el, acesta va putea acționa în direcția traducerii în viață a valorilor identificate.

Spre deosebire de scopuri sau obiective, valorile reprezintă o direcție pe care un om se regăsește și nu un rezultat ce trebuie obținut sau atins.

Spre exemplu, o valoare poate reprezenta dorința subiectului de a atinge o bună stare de sănătate (astfel persoana se va alimenta

sănătos, va face exerciții fizice) în timp ce un obiectiv ar fi să piardă în greutate 10 kilograme.

Prezentăm mai jos un exercițiu de clarificare a valorilor personale (adaptat după Orsillo și Roemer, 2011, p. 193):

> „Acordați-vă câte 20 de minute pe zi în care să meditați asupra acestui subiect. Notați într-un jurnal toate gândurile și stările afective care vă vin în minte. Înainte de a începe să scrieți, faceți câteva exerciții de respirație într-o stare de relaxare musculară. Nu vă preocupați de stilul literar sau de posibilele greșeli gramaticale. Notați tot ce vă trece prin minte".

- Domeniul relațiilor interpresonale

Alegeți două sau trei relații interpersonale care sunt importante pentru dumneavoastră (relația cu partenerul de viață, cu mama, cu șeful ierarhic etc.).

Notați cum ar trebui să decurgă respectivele relații, cum ar trebui să comunicați, ce ați putea să solicitați, ce feedbackuri ați putea oferi, ce sprijin ați dori să primiți și ce sprijin ați putea să oferiți celorlalți.

Notați orice element care contează pentru voi în domeniul acestor relații interpersonale.

- Domeniul activității profesionale, educaționale, gospodărești

Notați ce fel de activitate profesională, școlară sau gospodărească ați dori să realizați; ce tip de angajat, elev sau gospodină ați vrea să fiți; ce relații ați dori să aveți cu profesorii, colegii, șefii dumneavoastră; ce dorințe aveți în legătură cu pregătirea școlară sau cu eficiența activității desfășurate; în ce mod ați dori să le comunicați celorlalți rezultatele obținute și ce tip de feedback ați dori să primiți. Notați orice vă vine în minte în legătură cu acest subiect.

- Domeniul petrecerii timpului liber

Notați cum ați dori să vă petreceți timpul liber în cazul în care stilul actual de viață presupune un timp liber; ce activități recreative ați dori să desfășurați; ce activități de menținere a stării de sănătate și a formei fizice ați dori să realizați; ce activități spirituale sau comunitare v-ar oferi o satisfacție.

Notați orice credeți că are importanță pentru dumneavoastră.

Majoritatea oamenilor sunt surprinși atunci când psihoterapeutul le spune că pot realiza o serie de lucruri, indiferent de cum se simt.

Această recomandare este utilă mai ales în cazul clienților depresivi, care nu mai sunt motivați să facă anumite lucruri care înainte le făceau plăcere.

Faptul că nu mai realizează acele lucruri contribuie însă la accentuarea depresiei. Dimpotrivă, recomandarea de a se angaja în activități considerate înainte ca fiind agreabile le conferă anumite satisfacții și contribuie la ameliorarea dispoziției.

Concluzia care rezultă în urma acestor observații este că stările afective trebuie să urmeze după realizarea unei acțiuni și nu înaintea acesteia. În acest mod, clientul nu mai trebuie să aștepte să se elibereze de toate stările sale afective pentru a face lucruri pe care le consideră importante în viață.

În același timp este necesară reevaluarea conceptului de încredere în sine, care poate fi înțeles nu ca o stare în care subiectul nu suferă de teamă și îndoieli, cu toate acestea neevaluându-se negativ, ci ca o stare în care acesta are convingerea că va reuși în ciuda temerilor și îndoielilor sale.

Orsillo și Roemer (2011, p. 197) propun următorul exercițiu denumit „Cine conduce autobuzul?".

Instructajul administrat clientului este următorul:

> „Multor oameni li se pare dificil să-și imagineze cum ar fi dacă ar acționa indiferent de modul în care se simt sau gândesc. Meditația bazată pe conștientizare vă va ajuta să observați gândurile și stările voastre afective, felul în acestea apar și dispar, independent de experiențele spre care vă direcționează.
>
> Imaginați-vă acum faptul că sunteți șoferul unui autobuz.
>
> Gândurile, sentimentele și senzațiile dumneavoastră sunt pasagerii acestui autobuz. Conduceți autobuzul în direcția pe care o considerați importantă, dar pasagerii așezați în spate reprezintă îngrijorările, anxietatea, neîncrederea, gândurile referitoare la faptul că nu sunteți capabil să realizați anumite lucruri sau orice alte gânduri sau experiențe interne care se interpun între dumneavoastră și drumul pe care ați pornit. Pe măsură ce șofați, pasagerii încep să vă amenințe și să vă comande pe unde să mergeți: «nu trebuie să o iei la stânga, trebuie să mergi la dreapta...»

Pasagerii vi se adresează pe un ton autoritar, vă sperie, vă amenință, spunându-vă că, dacă nu procedați așa cum doresc ei, vor veni în față și vor pune stăpânire pe volan.

În această situație, soluția este să conduceți în continuare autobuzul în direcția dorită și să-i lăsați pe pasageri să vocifereze cât vor. Utilizați deprinderile formate prin intermediul exercițiilor de meditație însoțită de conștientizare învățate și spuneți-vă în gând că aceste voci nu sunt altceva decât gânduri și trăiri afective, continuând să conduceți autobuzul în direcția dorită. Uneori, aceste voci interioare sunt atât de puternice, încât sunt gata să vă deturneze de la direcția aleasă. Când acest lucru se întâmplă, faceți câteva respirații controlate, observați experiențele interioare și continuați-vă călătoria.

Se poate întâmpla să constatați la un moment dat faptul că nu v-ați dat seama că pasagerii au preluat controlul asupra volanului și v-au dirijat în altă direcție decât cea dorită. Este normal ca uneori lucrurile să se petreacă așa. Atunci când remarcați acest fapt, zâmbiți, constatați cât de puternici sunt pasagerii, adoptați o atitudine de compasiune față de propria persoană și reveniți la drumul ales.

Uneori veți constata că simpla întrebare pe care v-o adresați: „Cine conduce autobuzul meu?" vă ajută să reveniți la realizarea acțiunilor considerate importante, de la care experiențele interioare v-au deturnat".

Persoanele care și-au creat deprinderea de a evita anumite situații sau activități nu sunt de regulă conștiente dacă fac un anumit lucru, deoarece li se pare agreabil sau pentru că evită o altă opțiune.

Astfel, subiecții care preferă să se afle în compania altora pot evita singurătatea, în timp ce alții, care se consideră solitari, pot evita situațiile psihosociale care le provoacă anxietate. De asemenea, un individ care schimbă frecvent locuința și locul de muncă poate să se bucure de modelul de schimbare transpus în acțiune, dar poate evita din alt punct de vedere să se lege prea mult de un serviciu sau de o casă.

Adesea, preferințele oamenilor se îndreaptă spre o combinație între o preferință în adevăratul sens al cuvântului și evitarea anxietății sau a stresului.

Studiu de caz

Teodor, un programator în vârstă de 28 de ani, îi aude pe colegii de la firmă cum plănuiesc să meargă la un club după serviciu, să bea o bere și să vizioneze un meci de fotbal. Atunci când unul dintre aceștia îl invită și pe el, refuză politicos. Teodor își spune în gând că este diferit de ceilalți, care se simt atât de bine împreună. El nu se consideră o persoană sociabilă. Îi place să stea acasă – locuiește singur – și să se uite la televizor, să navigheze pe internet, să mănânce ceea ce îi place și să nu depindă de nimeni. Auzind vocile vesele ale colegilor, Teodor simte un oarecare regret și o umbră de tristețe. Trece însă foarte repede peste acestea, gândindu-se ce bine se simte singur în propriul apartament.

Un alt aspect important în decursul psihoterapiei îl reprezintă realizarea distincției dintre propriile noastre valori și valorile inoculate de persoanele semnificative din existența noastră. Aceste persoane ne influențează opțiunile în mod direct, dar și indirect, prin forța exemplului personal. De la ele învățăm cum trebuie să fim, ce carieră să alegem, cum să intrăm în relații cu ceilalți și chiar cum să ne petrecem timpul liber. Pe parcursul vieții, aceste valori pot să se modifice sub influența unor relații și conjuncturi.

Un indicator important al faptului că anumite norme și valori aparțin altora și nu subiectului constă în faptul că acestea îmbracă forma unor imperative categorice („Trebuie neapărat să...").

Psihoterapia în care este utilizată meditația bazată pe conștientizare îi recomandă clientului aflat în stare de relaxare să-și examineze cu atenție valorile și direcțiile de viață pe care le-a notat în jurnal, să observe ce gânduri și imagini îi vin în minte atunci când se concentrează asupra propriilor valori din domenii diferite ale existenței (profesie, studiu, relații interpersonale și timp liber). Atunci când vizualizează sau aude cu „urechile minții" o altă persoană referindu-se la problema respectivă, este foarte posibil să fie vorba de o valoare ce a fost inoculată de altcineva.

Studiu de caz

Georgiana, cercetătoare în domeniul biologiei și cadru didactic universitar, a primit mai multe distincții internaționale pentru activitatea sa. Clienta are 35 de ani și locuiește singură. Ea a fost copilul unic al unei familii de intelectuali care erau foarte mândri de succesele ei, dar în același timp și-ar fi dorit să o vadă căsătorită și ei să se ocupe de nepoței.

Clienta avea câțiva prieteni buni cu care obișnuia să iasă în weekend. La un moment dat, Georgiana a cunoscut un medic în vârstă de 40 de ani, divorțat,

cu care a acceptat să se întâlnească la sfârșit de săptămînă, renunțând să-și mai petreacă timpul împreună cu vechii săi prieteni.
Deși bărbatul era prezentabil, inteligent și cu simțul umorului, Georgiana nu a simțit niciun fel de atracție față de acesta. Mai mult, după câteva întâlniri, ea a început să resimtă un disconfort difuz. Terapeutul a îndrumat-o să-și clarifice propriul sistem de valori. În stare de relaxare, după ce a făcut câteva exerciții de respirație, Georgiana a început să-și examineze gândurile, imaginile și trăirile afective pe care le resimțea atunci când se gândea la ceea ce-și dorea în viață. Una dintre imaginile care a apărut cel mai frecvent a fost cea a mamei sale care îi spunea că „trebuie neapărat să se căsătorească și să aibă copii". Meditând asupra liniei sale de viață, clienta a realizat că își dorește cel mai mult să obțină succes în profesia sa, să-și petreacă uneori timpul cu prietenii săi din liceu și că nu este interesată deocamdată să aibă copii.

Un obstacol important în calea atingerii obiectivelor de viață îl reprezintă acțiunile și comportamentul altor persoane. Atunci când clarificăm ceea ce este cu adevărat important pentru noi ne gândim adesea cum ar trebui să fie persoanele care ne înconjoară. Am dori ca partenerul de viață să fie înțelegător și nu hipercritic, ca șeful să fie rezonabil, iar copilul să aibă rezultate școlare de excepție.

Dorința disperată ca și ceilalți să fie și să se comporte ca atare nu face decât să ne creeze un stres suplimentar, pentru că în fapt este doar o încercare de a controla incontrolabilul.

Oamenii nu pot avea control asupra comportamentului celorlalți, chiar dacă este vorba de persoane foarte apropiate, semnificative. Așadar, tot ceea ce putem face este să comunicăm deschis, spre exemplu dorințele noastre partenerului de viață. În cazul în care acesta nu-și schimbă comportamentul, putem decide să îl acceptăm așa cum este sau să punem capăt relației.

Incapacitatea noastră de a controla reacțiile celorlalți este tot atât de frustrantă precum este și propria incapacitate de a ne controla experiențele interne.

Psihoterapia în care utilizăm meditația bazată pe conștientizare propune clientului să observe reacțiile pe care le are față de acțiunile celorlalți, să recunoască faptul că și-ar dori ca lucrurile să stea altfel și apoi să acționeze în concordanță cu propriile sisteme de valori.

Aceste acțiuni pot conduce la schimbarea comportamentului celorlalți sau nu. Conștientizarea are menirea de a reduce frustrarea și stresul care pot apărea atunci când celelalte persoane nu se comportă conform dorințelor noastre.

Odată conștientizate gândurile, trăirile afective și senzațiile fiziologice, clientul își va lua angajamentul să lupte pentru a-și schimba propriul comportament.

Orsillo și Roemer (2011, p. 215) propun astfel următorul exercițiu:

„Acordați-vă un răgaz de 20 de minute pentru a răspunde întrebărilor care vă vin în minte atunci când vă propuneți să vă modificați comportamentul.

Relaxați-vă și acordați atenție tuturor gândurilor și stărilor afective care vă vin în minte în legătură cu această problemă. După ce ați încheiat exercițiul de meditație, notați într-un jurnal tot ceea ce vă vine în minte, fără a vă preocupa de stil sau de regulile gramaticale."

Răspundeți la următoarea întrebare:

Ce vă vine în minte atunci când vă gândiți să luați decizii și să acționați în direcția pe care o considerați importantă pentru voi?

- Vi se pare că existența voastră se bazează mai mult pe ceea ce *trebuie* să faceți, mai degrabă decât pe ceea ce ați dori să faceți?
- Acționați așa cum vă doriți, dar trăiți un sentiment de insatisfacție?
- Există lucruri pe care ați dori să le realizați, dar vă simțiți incapabil din cauza anxietății?
- Care este cel mai important obstacol care stă în calea schimbărilor pe care ați dori să le realizați?
- Ce tip de reacții pozitive sau negative apar atunci când vă gândiți să vă luați un angajament?
- Ce experiențe anterioare ați avut atunci când ați mai încercat să vă luați angajamente?

Gândurile negative care îi vin clientului cel mai frecvent sunt de tipul următor:

„Am mai încercat și în trecut să mă schimb, dar nu am reușit".

„Mă simt prea anxios pentru a face schimbări în viața mea acum; mai bine aștept să mă vindec de anxietate".

„Sunt sigur că nu voi reuși, mai bine nu mai încerc deloc".

John Kabat-Zinn (citat de Orsillo și Roemer, 2011, pp. 220–221) propune un exercițiu de meditație bazată pe conștientizare denumit „Meditația muntelui", cu o durată de 15 minute. Instructajul este următorul:

„Adoptați o poziție de relaxare cu spatele drept și faceți câteva exerciții de conștientizare a respirației. Imaginați-vă cel mai frumos munte pe care l-ați văzut vreodată.

Admirați muntele cu ochii minții, observându-i culorile, înălțimile, stâncile, pădurile... Observați cât de minunat și de impunător este muntele. Observați stratul de zăpadă de pe vârf, pădurile din zonele mai joase, piscurile, văile, cascadele care coboară pe versanți. Atunci când ați vizualizat suficient de bine muntele, imaginați-vă că vă identificați cu acesta, deveniți una cu muntele... Capul este vârful muntelui, umerii și brațele sunt versanții laterali, șoldurile, coapsele, gambele și labele picioarelor sunt partea de jos a muntelui. Vă identificați cu măreția muntelui, deveniți un munte care respiră, un munte neclintit în ciuda gândurilor sau trăirilor voastre afective. Sunteți un munte cu rădăcini bine fixate, o prezență de neclintit.

În timpul zilei, soarele răsare și apune, luminile, umbrele, culorile se modifică, iar muntele rămâne neclintit. Noaptea urmează zilei, ziua urmează nopții, iar muntele rămâne acolo, rămâne el însuși. Muntele rămâne neclintit, deși anotimpurile se schimbă, vremea se schimbă, dar muntele rămâne neclintit și calm, imun la orice schimbare. Vara pe munte nu mai este zăpadă, decât poate puțină pe creastă, pădurile își schimbă culoarea de la verdele fraged la galbenul auriu.

Iarna muntele este acoperit de zăpadă. Uneori ninge, alteori plouă, uneori vârful este acoperit de nori, alteori se scaldă în lumina soarelui. Atunci când muntele este învăluit de ceață, nu se vede, dar el rămâne acolo unde este, indiferent dacă este văzut sau nu de ochii oamenilor. Lovit de furtuni puternice, alteori acoperit de nămeți, bătut de vânturi iuți, muntele stă neclintit acolo unde se află.

Primăvara natura renaște, păsările cântă, copacii înfrunzesc și izvoarele susură, dar în ciuda tuturor acestor schimbări muntele rămâne neclintit, neschimbat, indiferent de ceea ce se întâmplă în lumea aparențelor...

În timp ce stați relaxați și meditați la imaginea muntelui începeți să trăiți senzația de forță, de calm, de liniște, indiferent de ceea ce se petrece în viața voastră în secunde, minute, ore, zile, săptămâni, luni sau ani.

Conștientizați aceste schimbări ale lumii exterioare, felul în care trăiți perioade luminoase sau întunecate, evenimente la care rezonați intens sau experiențe banale, cenușii. Trăiți furtuni de intensități diferite, în lumea din afară, în viața sau în mintea voastră. Bătuți de vânt, udați de ploi, trăiți perioade dificile, dureroase, dar și perioade pline de bucurii și împliniri. Doar aspectul vostru exterior suferă modificări așa cum muntele își schimbă aparența în funcție de fiecare anotimp...

Devenind una cu muntele, vom căpăta forța și stabilitatea acestuia. Vom reuși să folosim puterea și energia muntelui pentru a ne ajuta să susținem eforturile de a întâmpina fiecare încercare, fiecare experiență, cu calm, liniște, atitudine detașată, egală, conștientizând gândurile și sentimentele care vin și se duc. Astfel vom putea aborda aceste gânduri, emoții, crize, ca pe ceva care ni se întâmplă, dar nu ne afectează, așa cum vremea de afară nu afectează muntele. Intemperiile care apar în existența noastră nu trebuie ignorate sau negate, ci trebuie înfruntate, trăite, considerate drept ceea ce sunt ele de fapt, conștientizate ca atare înainte să ne distragă. În felul acesta vom dobândi liniște, echilibru, înțelepciune, cu care vom aborda încercările vieții.

Muntele ne învață acest lucru, trebuie doar să învățăm să îl ascultăm la rândul nostru".

Acest tip de meditație îl ajută pe client să intre în contact cu forțele sale interioare și să conștientizeze natura trecătoare a gândurilor și stărilor afective.

Adesea clienții care învață acest tip de meditație aduc contraargumente împotriva ei afirmând că și muntele poate fi erodat de forțele naturii sau de mâna omului. În același mod aceștia cred că și forța noastră interioară ar putea fi slăbită de psihotraumele la care suntem supuși.

Într-o oarecare măsură acest lucru este adevărat, așadar, muntele, la fel ca omul, își schimbă aspectul exterior, dar forța și rezistența

sunt mai puternice în raport cu gândurile, emoțiile sau senzațiile pe care le trăim pe parcursul vieții.

Primul pas în direcția schimbării constă în alegerea uneia sau a cel mult două activități pe care clientul le consideră semnificative pentru el. Aceste acțiuni necesită consemnarea în jurnalul personal în același timp cu identificarea factorilor care îl ajută pe client să-și urmărească obiectivele, dar și cuprinderea obstacolelor care stau în calea atingerii acestora.

Orsillo și Roemer (2011, pp. 235–236) prezintă câteva îndrumări pentru clienții angajați în acțiuni care corespund dorințelor și sistemelor proprii de valori:

- Conștientizați stările voastre afective:
  - Sunt acestea clar exprimate sau sunt difuze, neprecizate?
  - Practicați zilnic exercițiul de meditație bazată pe conștientizare a emoțiilor, senzațiilor, gândurilor, utilizând metafora care le compară pe acestea cu norii de pe cer care vin și pleacă.
  - Notați informațiile care apar în urma demersurilor de conștientizare și clarificare a emoțiilor.
- Aveți tendința de a controla sau de a evita propriile experiențe interne?
  - Cultivați conștientizarea propriilor experiențe interne și dorința de a vă angaja pe drumul schimbării.
  - Reamintiți-vă care sunt lucrurile care contează cu adevărat pentru voi în cele mai importante domenii ale vieții.
- Cultivați o atitudine de compasiune față de propria persoană.
- Conștientizați aspectele care vi se par importante și utilizați rezultatul acestei conștientizări pentru a vă motiva să realizați acțiunile pe care le doriți.
- Implicați-vă total în realizarea respectivelor acțiuni, fiind pe deplin conștienți de ceea ce faceți.
- Revizuiți din când în când domeniile importante ale existenței pentru a fi siguri că vă angajați în acțiunile dorite, la momentul potrivit.
- Atunci când eșuați în îndeplinirea unei acțiuni, adoptați o atitudine de autocompasiune, analizați obstacolele care vă apar în cale, identificați modalități de a le depăși și mobilizați-vă din nou în direcția dorită.

Practicarea psihoterapiei în care este utilizată meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) presupune perseverență și o practică continuă. Reamintim aici faptul că, din această perspectivă, conștientizarea reprezintă un proces și nu o stare finală.

Chiar și cei mai iluminați călugări budiști au nevoie să practice zilnic exercițiile de meditație pentru a contracara tendința firească a mentalului uman de a vagabonda, de a măcina în gol gânduri negative, de a fi autocritic și evaluativ.

Una dintre cele mai importante abilități obținute în urma meditației bazate pe conștientizare ca parte integrantă a unui demers psihoterapeutic este practicarea zilnică a atitudinii de autocompasiune.

Kristen Neff (citată de Orsillo și Roemer, 2011, p. 223) descrie autocompasiunea ca fiind „atitudinea de deschidere și empatie față de propria suferință, trăirea unor sentimente de grijă și simpatie pentru propria persoană, adoptarea unei atitudini de înțelegere nonevaluativă față de propriile slăbiciuni și eșecuri, precum și recunoașterea faptului că experiența personală reprezintă o parte a experienței umane" (p. 224).

Mai precis, autocompasiunea presupune recunoașterea faptului că ființa umană este supusă erorilor și are parte de dificultăți de-a lungul vieții.

În loc să ne angajăm într-un demers autocritic, să ne ascundem greșelile și imperfecțiunile, este de preferat să le conștientizăm și să învățăm ceva în urma experiențelor noastre.

Oamenii au în general tendința de a se evalua negativ, astfel că atitudinea de autocompasiune nu este ușor de adoptat și de transformat în deprindere.

Orsillo și Roemer (2011, pp. 240–241) propun următorul exercițiu de meditație pentru construirea și consolidarea atitudinii bazate pe autocompasiune:

> „Adoptați o poziție comodă, așezați pe un scaun cu spatele drept, sau culcați pe spate cu capul ușor ridicat. Observați punctele de contact ale corpului cu scaunul sau cu podeaua. Concentrați-vă apoi atenția asupra respirației. Inspirați și expirați lent, liniștit. Apoi aduceți în atenție întregul corp, observând orice senzație care apare la un moment dat. Inspirați și expirați angajând tot corpul în actul respirator. Reamintiți-vă acum o situație în care ați trăit o stare afectivă negativă, v-ați simțit rău.

Concentrați-vă atenția asupra situației respective, asupra emoțiilor încercate atunci, asupra senzațiilor fiziologice pe care le-ați resimțit. Îndreptați-vă ușor atenția asupra zonei corpului unde acele senzații sunt resimțite mai puternic și direcționați respirația spre acea parte a corpului, observând senzațiile respective a căror intensitate fluctuează. Concentrându-vă atenția spre zona corporală respectivă, adoptați o atitudine de deschidere și compasiune față de senzațiile, gândurile și stările afective pe care le resimțiti, indiferent cât de neplăcute sunt acestea. Vă spuneți apoi în gând: «Este bine așa»; «Indiferent de ceea ce simt, stările și senzațiile respective se află aici. Mă voi deschide față de ele».

În timp ce vă deschideți față de trăirile respective, deveniți tot mai conștient de prezența acestora, lăsând tensiunile să părăsească trupul vostru. Inspirați și expirați lent și liniștit, relaxând zona respectivă, relaxând tot corpul, lăsând senzațiile, gândurile și emoțiile să se ducă, să părăsească tot corpul.

Atunci când simțiți că senzațiile corporale, emoțiile negative și gândurile negative nu vă mai tulbură în aceeași măsură, redirecționați-vă atenția doar asupra respirației; apoi asupra poziției corpului pe scaun sau pe podea. Inspirați și expirați de câteva ori și apoi deschideți ochii și reveniți *aici și acum*".

Adesea, clienții aflați în psihoterapie pot manifesta rezistențe față de cultivarea atitudinii bazate pe autocompasiune. Acest lucru se întâmplă deoarece atitudinea bazată pe autocompasiune poate fi conectată cu stima de sine. Aceasta din urmă se referă la maniera în care oamenii se apreciază pe ei înșiși în raport cu ceilalți și este strâns legată de performanțe, realizări sau de modul în care se prezintă persoanele în cauză.

Studiile au evidențiat că un nivel moderat al stimei de sine conduce la performanțe înalte și la o stare psihică pozitivă, în timp ce un nivel prea ridicat al acesteia reprezintă un simptom specific narcisismului și îi poate crea subiectului dificultăți de integrare socială.

În același timp, o stimă de sine scăzută conduce de multe ori la depresie și implicit la scăderea performanțelor sub posibilitățile reale ale persoanei care o posedă.

Spre deosebire de stima de sine, atitudinea de compasiune față de propria persoană este independentă de realizări, aspect fizic sau

comportament și nu presupune autoevaluare, comparații sau judecăți critice.

Așa cum am mai subliniat, această atitudine reflectă faptul că omul este o ființă imperfectă, care greșește adesea și trăiește suferințe. Atitudinea de compasiune nu se referă doar la propria persoană, ci la toți oamenii care se confruntă cu dificultățile vieții.

În același timp, există și persoane care consideră că atitudinea bazată pe autocompasiune le poate determina să-și ignore greșelile și lipsurile.

Studiile au demonstrat contrariul, și anume faptul că subiecții cu un scor înalt la autocompasiune au tendința de a-și evalua mai corect propriul comportament și-și asumă responsabilitatea față de acesta, fără a se lăsa copleșiți de efectele propriilor greșeli (Leary, 2007, Neff, 2005, citați de Orsillo și Roemer, 2011, p. 244).

Un alt obstacol în calea cultivării atitudinii de autocompasiune îl reprezintă convingerea conform căreia aceasta ar reprezenta un semn de egoism sau persoana nu ar merita să aibă o astfel de poziție față de ea însăși pentru că a comis o serie de fapte rele.

Atitudinea de autocompasiune nu trebuie să reprezinte o scuză pentru comportamente negative sau imorale. Dimpotrivă, înțelegerea faptului că ființa umană este imperfectă, îl ajută pe subiect să-și asume propriile greșeli și să se angajeze în demersul de îndreptare a acestora.

Atitudinea de autocompasiune are la bază premisa că toți oamenii reprezintă ființe valoroase indiferent de aspectul lor fizic sau de performanțele pe care le obțin în viață. Cu toate acestea, ființa umană este bombardată încă din copilărie cu mesaje care sugerează contrariul.

Astfel, părinții, profesorii, șefii, colegii sau mass-media ne spun că o femeie trebuie să fie neapărat subțire și frumoasă, un bărbat, înalt și musculos, că doar notele de 10 sunt valoroase, că banii sau poziția socială sunt importante.

Tehnica *mindfulness* îl învață pe client ca, în stare de meditație, să treacă în revistă toate aceste mesaje, să le privească detașat ca fiind ceea ce sunt și să-și reconsidere concepția referitoare la valoarea personală.

Prezentăm mai jos un tabel care sintetizează practicile meditației bazate pe conștientizare (Orsillo și Roemer, p. 264).

Tehnici de creştere a concentrării atenţiei asupra momentului prezent („aici şi acum").	Conştientizarea şi monitorizarea gândurilor, senzaţiilor şi stărilor emoţionale.
	Focalizarea atenţiei asupra momentului prezent şi observarea nonevaluativă a experienţelor actuale.
	Abordarea propriilor experienţe cu o atitudine plină de calm, înţelegere şi compasiune.
	Clarificarea conţinutului acestora.
Învăţarea clientului să se confrunte cu stările sale afective în loc să le evite.	Emoţiile şi gândurile care sunt evaluate pozitiv sau negativ trebuie considerate părţi ale experienţei umane care îi furnizează clientului informaţii importante.
	Încercările de a controla cu orice preţ gândurile şi stările afective nu fac decât să amplifice stările psihice disfuncţionale şi să creeze confuzie în ceea ce priveşte înţelegerea de către subiect a propriilor emoţii.
	Întărirea tendinţei de acceptare şi trăire a senzaţiilor corporale, a gândurilor şi emoţiilor creează subiectului o atitudine mai deschisă faţă de existenţă şi îi conferă mai multe posibilităţi de alegere.
	Recunoaşterea gândurilor şi emoţiilor ca fiind ceea ce sunt şi observarea modului în care acestea vin şi pleacă, în loc de tratarea lor ca fiind realităţi incontestabile, creşte rezistenţa la stres a clientului.
Realizarea unor opţiuni bazate pe valorile personale ale clientului conduce la un stil de viaţă mai bogat şi mai plin de sens.	Clientul învaţă să clarifice ce anume este important pentru el în domeniul profesional, educaţional, familial, al relaţiilor sociale şi al petrecerii timpului liber.
	Subiectul va fi dirijat să-şi ia angajamente să desfăşoare diverse activităţi în acord cu sistemul său de valori şi să respecte îndeplinirea acestora.
	Clientul va învăţa să realizeze acţiuni voluntare în viaţa de zi cu zi şi nu doar să reacţioneze la situaţiile cu care se confruntă sau la propriile gânduri sau stări emoţionale.

Wehrenberg (2008) propune zece tehnici de autocontrol al anxietății:

1. Modificări ale stimulilor care conduc la apariția, menținerea și accentuarea anxietății.

• Reducerea consumului de substanțe excitante: cofeina, alcool, nicotină și glucide.

Cercetările de laborator au evidențiat faptul că atacurile de panică apărute „din senin" sunt determinate de fondul genetic al subiectului și activate de consumul de cafea (Alsene, Deckert, Sand și deWit, 2003; Nardi, Ly și Harris, 2007).

Subiecții anxioși suferă de supraîncordare, nivelul acesteia crescând semnificativ din cauza consumului de cafea (Fisone, Borgvist și Usiello, 2004; Fredholm, Battig, Holmén, Nehlig și Zvartan, 1999).

Nivelul toleranței la cafeină este diferit de la individ la individ, existând cazuri în care și o cantitate redusă de cafea poate avea efecte negative asupra stării de activare a subiectului.

Terapeutul va trebui să-i explice clientului acest lucru și să-l învețe să-și monitorizeze stările afective după consumul de cafea pentru a-și stabili singur limitele consumului.

În ceea ce privește consumul de alcool, este cunoscut faptul că multe persoane obișnuiesc să-l consume frecvent pentru a-și reduce anxietatea, stresul sau depresia. O cantitate moderată de alcool poate conduce la început la o stare de relaxare fizică și psihică, dar, în timp, consumul de alcool va produce o creștere a anxietății.

Mai mult, consumul abuziv de alcool poate duce la dependență, cu efecte dezastruoase în plan fizic și psihic.

Fumatul are, la rândul său, în afara efectelor negative asupra stării de sănătate fizică, și un rol însemnat în creșterea anxietății. Aceste efecte sunt cauzate de senzațiile de amețeală, respirația îngreunată, precum și de gândurile induse referitoare la necesitatea de a renunța la fumat din pricina problemelor de sănătate ale subiectului. Marea majoritate a clienților fumători au afirmat faptul că fumatul reduce anxietatea în timp ce acțiunea se desfășoară, dar contribuie la accentuarea acesteia după ce subiectul a terminat țigara (Wehrenberg, 2008, p. 39).

Ingestia de glucide favorizează și ea în unele cazuri apariția anxietății, pentru că modifică nivelul glicemiei în sânge.

Atunci când un pacient hipoglicemic consumă dulciuri, nivelul glicemiei sale crește brusc și apoi la scurt timp scade tot atât de brusc, generând simptome specifice hipoglicemiei (transpirații, tremor, senzație de leșin), pe care subiecții înclinați spre anxietate le supradimensionează.

Wehrenberg (2008, p. 41) recomandă acestor subiecți utilizarea unor glucide provenite din surse naturale.

• Amânarea răspunsurilor la solicitări.

Cultura occidentală generează un anumit tip de situații stresante deviate din necesitatea de a răspunde pe loc unor solicitări (Wehrenberg, 2008).

Majoritatea oamenilor care își desfășoară viața și activitatea mai ales în mediul urban și-au format deprinderea de a răspunde imediat la telefon sau la e-mail, cheltuind o însemnată cantitate de energie pentru această activitate, deoarece nivelul de alertă al sistemului nervos este ridicat.

Stresul datorat acestui nivel de alertă crescut este de intensitate redusă, dar constant și generează o supraîncordare fizică și psihică.

Deconectarea voluntară de la rețelele de comunicare poate crea persoanei la început o anxietate mai mare, dar treptat subiectul se va simți mult mai destins și va avea un randament mai bun în activitățile cu caracter prioritar.

Obiectivul acestei strategii de amânare a reacției la stimulii din cadrul rețelelor de comunicare urmărește obținerea unui control al momentului când subiectul va dori să răspundă, precum și focalizarea atenției asupra unei singure sarcini.

Prezentăm, mai jos, câteva metode pentru atingerea acestui obiectiv (adaptate după Wehrenberg, 2008):

- Amânați răspunsurile la solicitările primite prin intermediul mijloacelor de comunicare la o oră din timpul total de lucru. Restul timpului dedicați-l activității propriu-zise.
  Comunicați partenerilor intervalul în care puteți fi contactați.
- Deconectați toate aparatele care emit semnale în timp ce lucrați sau mâncați.
- Nu amestecați numerele de telefon din cadrul serviciului cu cele ale prietenilor și membrilor familiei, astfel încât să decideți când și cui vreți să răspundeți.

- În cazul în care trebuie să lucrați și acasă pe calculator pentru a rezolva probleme de serviciu, conveniți cu șeful și colegii asupra intervalului de timp când veți face acest lucru.

Subiecților anxioși li se sugerează să-și monitorizeze nivelul anxietății înainte și după ce au recurs la aceste măsuri.

• Reducerea stimulilor din mediul înconjurător.

Cu toate că oamenii nu-și dau întotdeauna seama de efectul stresant al zgomotelor la care sunt supuși, organismul lor face un efort permanent de a asigura blocarea față de acestea, fapt evidențiat de nivelul mai ridicat al hormonilor de stres la subiecții care își desfășoară activitatea în condiții de zgomot, comparativ cu cei dintr-o ambianță mai liniștită (Evans și Johnson, 2000).

Wehrenberg (2008, p. 45) propune câteva strategii de reducere a stimulării la locul de muncă:

- întrerupeți activitatea și priviți pe fereastră timp de câteva minute;
- ieșiți pentru câteva minute din birou;
- acordați-vă un scurt răgaz pentru a privi fotografia celor dragi, cărora le trimiteți un sentiment de dragoste;
- faceți câțiva pași pentru a bea un bahar cu apă sau pentru a merge la baie, chiar dacă nu simțiți nevoia să faceți acest lucru;
- acordați-vă câteva minute pentru a vă oferi o vacanță mentală: închideți ochii și imaginați-vă că vă aflați în locul preferat.

În cazul în care subiectul se simte obosit, iritat, nervos, anxios, acesta este sfătuit să iasă din ambianța în care acționează prea mulți stimuli (lumini, zgomot, aglomerație) și să se ocupe de anumite activități care îl liniștesc și îi fac plăcere: lectură, meditație, muzică, respirație, baie, desen, tricotat, grădinărit etc.

Aceeași autoare propune și unele metode cu caracter mai general pentru reducerea nivelului de stres (Wehrenberg, 2008, p. 48):

- introduceți o cantitate suficientă de proteine în alimentație;
- consumați suficiente legume și fructe;

- în cazul în care acestea din urmă lipsesc, consumați polivitamine;
- mesele trebuie să aibă un caracter regulat;
- consumați grăsimi sănătoase (ulei de măsline, grăsimi din pește);
- dormiți un număr suficient de ore.

2. *Tehnici de respirație controlată*

Respirația controlată are un efect benefic asupra subiecților anxioși deoarece produce o calmare a sistemului nervos vegetativ.

Se recomandă utilizarea respirației abdominale, care se realizează prin coborârea diafragmei, ceea ce poate contribui la stoparea unui atac de panică.

Reamintim faptul că în cazul unui atac de panică respirația subiectului este accelerată și claviculară, ceea ce produce o hiperventilație care la rândul ei generează senzații de amețeală.

Respirația abdominală reduce activitatea sistemului nervos simpatic și o activează pe cea a sistemului parasimpatic, ce acționează în direcția dezactivării.

Clientului anxios i se cere să conștientizeze modul în care respiră atunci când se simte stresat sau atunci când atacul de panică este pe cale să se instaleze.

Exercițiile de respirație controlată trebuie practicate la început sub îndrumarea terapeutului, apoi în perioadele de calm relativ, pentru a putea fi utilizate mai târziu în scopul de a preveni sau de a opri un atac de panică în desfășurare.

Dacă subiectul reușește să reducă intensitatea unui atac de panică, la scurt timp se va reduce și frecvența acestor atacuri.

Exercițiile de relaxare se practică în poziția culcat pe spate, sau într-o poziție șezând, cu spatele drept. După ce subiectul și-a însușit exercițiile, acestea vor putea fi practicate în timpul mersului sau la locul de muncă.

Instructajul pentru practicarea respirației este următorul:

„Așezați-vă comod, culcat sau așezat, cu spatele drept, sprijinit în cazul în care simțiți nevoia. Plasați palma mâinii dominante în zona abdomenului.

Inspirația se realizează pe nas, iar expirația, opțional, pe nas sau pe gură. Dați afară tot aerul din plămâni și apoi inspirați

lent, umflând ușor abdomenul. La expirație abdomenul revine la normal.

Imaginați-vă un balon care se umflă la inspirație și se dezumflă la expirație, precum și o senzație de căldură plăcută care cuprinde zona abdominală. Numărați în gând la respirație și expirație pe ritmul 1/2 (1 = inspirație; 2 = expirație) sau multipli, astfel încât expirația să fie de două ori mai lungă decât inspirația. Inspirația și expirația trebuie să se desfășoare într-un ritm lent, liniștitor".

Este utilă și combinarea exercițiului de respirație cu autosugestii cu caracter liniștitor, după modelul („Inspir calm, dau afară teama din mine").

Exercițiile de respirație odată însușite pot fi practicate de subiect de mai multe ori pe zi, în timpul mersului pe jos, atunci când subiectul se află la o coadă, așteaptă la semafor sau așteaptă să se încălzească mâncarea.

În același timp se recomandă practicarea exercițiilor de respirație acasă timp de 5–10 minute, într-o ambianță agreabilă și liniștită într-un interval în care subiectul nu va fi întrerupt de altcineva.

Subiecții care devin mai anxioși atunci când practică respirația controlată sau nu obțin rezultate, utilizează chiar fără să fie conștienți de acest lucru o tehnică de respirație eronată (de pildă, coboară abdomenul la inspirație în loc să-l ridice).

În cazul în care subiectul nu se concentrează suficient de bine și îi vin în minte alte gânduri, acesta trebuie să le alunge fără să se irite și să-și focalizeze din nou atenția asupra actului respirator.

Când practică exercițiile de relaxare, subiectul trebuie să evite hainele prea strâmte care îi pot crea un disconfort în timpul respirației.

3. Meditația bazată pe conștientizare (mindfulness)

Meditația bazată pe principiul conștientizării îi permite subiectului să accepte prezența senzațiilor fiziologice dezagreabile fără a se alarma în mod excesiv, precum și abaterea atenției de la acestea.

Meditația bazată pe conștientizare presupune ca subiectul să trăiască prezentul *aici și acum*, această stare fiind la antipodul anxietății care implică anticiparea unor posibile pericole care s-ar putea produce în viitor.

În cazul în care subiectul se află într-o situație periculoasă în momentul prezent, acesta îi va face față într-un fel sau altul.

Conștientizarea conduce la diminuarea efectului imediat al stresului, ajutând subiectul să se concentreze mai bine pentru a găsi unele soluții la problemele sale (Benson, 1996; Kabat-Zinn, 2005; Schwartz *et al.*, 2005; Siegel, 2007; Williams, Teasdale, Segal și Kabat-Zinn, 2007).

Clienții care suferă de atacuri de panică sau de tulburare hipocondriacă s-au obișnuit să acorde o atenție exagerată senzațiilor corporale minore — pe care le amplifică prin intermediul atenției expectante. În astfel de cazuri se recomandă focalizarea atenției asupra unor stimuli exteriori din ambianță.

Aceasta este o tehnică specifică utilizată pentru pacienții anxioși care se concentrează în mod excesiv asupra corpului lor.

Prezentăm, mai jos, un exercițiu de meditație bazată pe conștientizare adaptat după Wehrenberg (2008, p. 67):

„Adoptați o poziție comodă, culcat sau așezat cu spatele drept, sprijinit. Închideți ochii. Concentrați-vă atenția asupra actului respirator. Inspirați pe nas și observați cu atenție toate senzațiile care apar în timpul inspirației: senzația de răcoare pe care v-o creează aerul, presiunea, modul în care aerul pătrunde în nări prin zona gâtului, trahee și ajunge până la plămâni.

Notați senzațiile de atingere și presiune care apar datorită hainelor, datorită contactului cu scaunul sau salteaua pe care stați. Urmăriți cum aerul părăsește corpul la expirație ieșind pe nas sau pe gură.

Remarcați căldura și presiunea aerului. Urmăriți traseul aerului care părăsește plămânii, traheea, zona gâtului, nările sau gura.

Concentrați-vă apoi atenția asupra mediului înconjurător. Remarcați sunetele, zgomotele sau mirosurile din încăpere.

Remarcați bătăile inimii sau orice alte senzații corporale.

Reluați exercițiul de câteva ori, înainte de a deschide ochii. Conștientizați lumina care se întrezărește, deschideți ușor ochii și remarcați obiectele din încăpere, culorile și formele acestora și treptat reveniți aici și acum".

Practicarea cu regularitate a unui astfel de exercițiu îl va ajuta pe clientul anxios să nu se mai sperie de senzațiile corporale și să nu le amplifice din cauza fricii pe care acestea o declanșează.

Strategii eficiente de a face față atacurilor de panică sunt respirația controlată abdominală și tehnica de distragere prin conștientizarea unor stimuli exteriori.

4. Tehnicile de relaxare.

Relaxarea presupune o decontracție musculară și nervoasă care îi permite subiectului să rămână calm în situații anxiogene.

Această tehnică se potrivește mai ales persoanelor care reacționează la stres prin supraîncordarea generată de hipervigilență.

Relaxarea musculară progresivă Jacobson

Acest tip de relaxare se utilizează mai frecvent în Statele Unite, în Europa mai cunoscut fiind antrenamentul autogen Schultz.

Obiectivul relaxării musculare progresive constă în destinderea treptată a unor grupe musculare mai restrânse și durează 10–15 minute.

Prezentăm, în cele ce urmează, un scenariu de relaxare progresivă:

„Adoptați o poziție comodă, culcat pe spate sau șezând cu spatele drept sprijinit. Închideți ochii și conștientizați senzațiile care provin din diferite grupe musculare. Imaginați-vă că sunteți undeva în natură, într-o zi de vacanță și sunteți întinși în iarba moale și mătăsoasă.

Razele soarelui vă ating ușor vârfurile degetelor, gambele, coapsele, abdomenul, toracele, brațele, gâtul și fața. Vă simțiți foarte bine, foarte liniștiți.

Concentrați-vă acum atenția asupra fiecărei grupe de mușchi în parte. Dacă sunteți așezați, începeți de la cap și urmăriți demersul de relaxare până la vârful degetelor de la picioare. Dacă preferați să stați culcat, porniți relaxarea de la picioare spre cap.

Încordați și apoi relaxați fiecare grupă de mușchi. Încordați degetele de la picioare și apoi relaxați-le. Inspirați și expirați lent și odată cu fiecare expirație simțiți cum o căldură plăcută cuprinde degetele de la picioare. Încordați și relaxați apoi de câte trei ori fiecare grupă de mușchi: gleznele, gambele, coapsele, musculatura abdominală, toracele, spatele, palmele,

antebrațele, brațele, umerii, gâtul, ceafa, bărbia, fruntea, creștetul capului.

Inspirați, încordați musculatura, apoi expirați simțind o senzație plăcută de destindere în grupa musculară asupra căreia v-ați concentrat atenția. Relaxați apoi tot corpul și simțiți o senzație plăcută de destindere, liniște și pace interioară".

Relaxarea poate fi obținută și cu ajutorul unor imagini plăcute și liniștitoare, ca în exemplul de mai jos:

„Adoptați o poziție de relaxare comodă, odihnitoare, culcat pe spate cu capul ușor ridicat sau șezând cu spatele drept și sprijinit. Închideți ochii și imaginați-vă cum o lumină colorată de o culoare pe care o asociați cu starea de calm vă cuprinde treptat tot corpul. Lumina poate fi albastră, violetă (Vasile Teodor, 2008), aurie sau argintie.

Să ne imaginăm acum o sferă luminoasă având culoarea preferată, care a poposit deasupra capului dumneavoastră. Odată cu fiecare respirație această energie benefică, vindecătoare, pătrunde prin creștetul capului. Inspirați și expirați lent, liniștit. Simțiți cum energia luminoasă, vindecătoare vă cuprinde treptat fața, capul, gâtul, umerii, brațele, palmele, degetele, coapsele, gambele, gleznele, labele și degetele picioarelor. Inspirați și expirați lent imaginându-vă energia luminoasă, benefică, ce are culoarea preferată, care vă învăluie tot corpul și îl înconjoară. Trăiți o stare de liniște, calm, pace interioară. Asociați această stare cu anumite cuvinte care vă sugerează ideea de calm: „aum" (pentru practicanții de yoga) sau „amin" pentru creștini.

Vă imaginați că această energie benefică realizează un fel de aură de protecție care nu va permite altor energii negative din mediu să vă atingă. Energiile negative sunt generate de alte persoane care vă critică, vă dezaprobă sau vă adresează cuvinte grele.

Bariera pe care ați creat-o este însă permeabilă pentru toate energiile pozitive provenite de la persoanele care vă iubesc, vă apreciază și de la forțele pozitive ale universului. Inspirați și expirați lent, liniștit, lăsându-vă înconjurați și pătrunși de acea energie colorată, luminoasă, pozitivă, vindecătoare".

O strategie eficientă pentru prevenirea și ameliorarea tulburărilor anxioase o reprezintă și practicarea cu regularitate a exercițiilor fizice. Acestea trebuie adaptate vârstei, constituției și stării de sănătate a subiecților și practicate, cel puțin la început, sub îndrumarea unui instructor de specialitate.

Talbot (2002) atrage atenția asupra faptului că exercițiul fizic practicat în exces poate fi la fel de nociv ca și lipsa acestuia. Autorii americani recomandă practicarea exercițiilor fizice timp de 5 până la 7 zile pe săptămână, între 25 și 45 de minute, cu un efort care presupune 70% din ritmul cardiac sau respirator pe care îl poate atinge persoana.

Aceasta înseamnă că subiectului care exersează îi va fi relativ greu să comunice verbal, dar nu va rămâne cu respirația „tăiată" în timpul exercițiilor fizice.

Deoarece majoritatea subiecților anxioși suferă și de depresie secundară, un element important ar fi ca tipul de exercițiu fizic să le facă plăcere și să presupună, de asemenea, contacte sociale.

Pentru persoanele care nu sunt obișnuite să practice în mod sistematic exercițiile fizice, cea mai mare dificultate este începerea practicării acestora.

Un bun început ar putea fi, de pildă, ca subiectul să decidă să meargă o stație pe jos înainte de a se urca în autobuz sau să nu folosească autoturismul în fiecare zi.

Wehrenberg (2008) propune clienților anxioși și alte tehnici de detensionare, cum ar fi:

- practicarea unor exerciții de stretching (întindere musculară);
- masajele de relaxare;
- baie caldă în cadă;
- aromaterapie;
- ieșiri în aer liber, în natură;
- ameliorarea somnului.

Calitatea somnului este una dintre cele mai complexe probleme ale subiecților anxioși. Aceștia suferă frecvent de tulburări ale somnului: insomnii de adormire sau de trezire, somn agitat, neodihnitor, coșmaruri, senzație de oboseală la sculare.

În cazul tulburărilor emoționale, nivelul de serotonină este scăzut, ceea ce conduce și la reducerea cantității de melatonină, substanță responsabilă de calitatea somnului.

Aceeași autoare (Wehrenberg, 2008, p. 108) recomandă clienților anxioși să țină seama de câteva aspecte care ar putea contribui la ameliorarea somnului:

- stabilirea unui interval precis pentru perioadele de somn, pentru a avea un ritm regulat somn–veghe (subiectul va fi instruit să se culce și să se trezească la ore fixe);
- asigurarea unui număr suficient de ore de somn;

Studiile au evidențiat faptul că un adult are nevoie de aproximativ 7–8 ore, iar copiii mai mici, de mai multe ore. Există însă și unele diferențe individuale în ceea ce privește durata somnului.

Un aspect de care trebuie să ținem seama se referă la faptul că adolescenții, deși au o mai mare nevoie de somn, obișnuiesc să se culce târziu deoarece petrec multe ore în fața calculatorului.

Persoanele vârstnice au un somn mai superficial datorită faptului că se trezesc de mai multe ori pentru a merge la baie, au frecvent dureri cronice, iar secreția de melatonină este mai redusă.

Crearea unor condiții care să stimuleze somnul:

- somnul trebuie să aibă loc într-o încăpere specială, unde este răcoare și întuneric;
- evitarea unor programe de televiziune prea dinamice sau cu un conținut prea agresiv cu câteva ore înainte de somn;
- duș sau baie călduță cu 20 de minute înainte de culcare;
- o gustare ușoară înainte de somn, bazată mai mult pe consumul de carbohidrați și evitarea substanțelor excitante (alcool, cafea, nicotină etc.);
- utilizarea, la recomandarea specialistului, a unor ceaiuri din plante medicinale;
- reducerea pe cât posibil a consumului de cafeină, mai ales după ora prânzului;
- pentru persoanele anxioase care au adesea coșmaruri este indicat ca subiectul să-și revină total dacă se trezește, pentru a nu relua visul terifiant.

Acesta va acționa voluntar pentru terminarea visului, îi va minimaliza importanța și va căuta să adoarmă din nou, derulând imagini plăcute.

Tehnici de autocontrol al minții

Mentalul subiecților anxioși generează permanent temeri și îngrijorări.

Astfel, pentru clienții care suferă de atacuri de panică, mentalul anxios produce următoarele simptome (Wehrenberg, 2008, p. 93):

- catastrofizarea consecințelor atacului de panică;
- catastrofizarea consecințelor unor simptome fiziologice;
- teama că un nou atac de panică se va produce în viitor.

Clienții cu anxietate generalizată vor prezenta:

- tendința de a catastrofiza starea de iritabilitate;
- culpabilitate;
- perfecționism;
- dificultăți ale funcției de planificare;
- căutare permanentă de asigurări;
- îngrijorări fără un motiv întemeiat.

În cazul subiecților cu anxietate socială, simptomele cele mai evidente vor fi:

- catastrofizarea opiniei că ceilalți îi vor respinge;
- catastrofizarea convingerii că problemele și necazurile lor sunt inevitabile;
- vorbire interioară cu conținut negativ referitoare la incompetența persoanei și la lipsa încrederii în sine a acesteia, toate acestea conducând la apariția comportamentului de evitare.

5. Blocarea tendinței de catastrofizare

Castastrofizarea se referă la gândurile negative care îi vin în minte subiectului și care evaluează o situație drept îngrozitoare, oribilă, insuportabilă.

Gândirea de tip catastrofizant implică și convingerea interioară că subiectul nu are nicio posibilitate de scăpare.

Primul lucru pe care trebuie să-l conștientizeze subiectul anxios este că o stare afectivă nu este altceva decât o „stare afectivă" (Wehrenberg, 2008, p. 98), iar senzațiile fiziologice specifice unor tulburări anxioase nu vor provoca moartea acestuia.

Senzațiile respective sunt dezagreabile, greu de suportat, dar nu duc la consecințe fatale.

Convingerea negativă că aceste senzații și trăiri nu pot fi tolerate face mai mult rău decât senzațiile ca atare, deoarece conduce spre amplificarea respectivelor senzații și îi creează subiectului un sentiment de neajutorare și pierdere a autocontrolului.

În momentul în care un atac de panică este pe cale să înceapă, clientul va trebui învățat să-și spună în gând: „Atacul de panică este neplăcut, dar nu voi muri din cauza asta".

Se poate recurge și la respirația abdominală pentru a reduce din intensitatea senzațiilor fiziologice anxiogene.

Subiecții care suferă de anxietate generalizată sunt hipervigilenți, așteptând pericole potențiale. Atunci când terapeutul le spune că o stare de anxietate nu este altceva decât o stare de anxietate, acești subiecți pot afirma că, dacă nu sunt vigilenți, ceva rău chiar se poate întâmpla. Replica terapeutului este că un eveniment cu adevărat negativ apare pur și simplu neanunțat, problema cea mai importantă fiind rezolvarea situației respective, rezolvare care este mai puțin anxiogenă decât pericolul potențialului anticipat.

Desigur există și situații în care mentalul inconștient trimite semnale subiectului în legătură cu o posibilă amenințare, dar, de cele mai multe ori, subiecții anxioși sunt prea ocupați să-și facă griji, ei neputând detecta corect mesajele de natură inconștientă.

Clienții cu anxietate generalizată trebuie să-și spună în gând: „Îngrijorarea nu este altceva decât o stare afectivă care poate să se manifeste și atunci când totul este în regulă". Formula sugestivă potrivită pentru subiecții cu fobie socială este următoarea: „Faptul că cineva este observat nu înseamnă că este respins".

Aceștia trebuie să-și spună în gând și că roșeața, tremurul sau transpirațiile nu reprezintă un dezastru și să utilizeze respirația abdominală pentru a reduce intensitatea acestor reacții neurovegetative.

Subiecții care suferă de atacuri de panică obișnuiesc să-și spună în gând: „Voi muri", „Voi face un infarct", „Voi înnebuni", „Îmi voi pierde controlul".

Aceștia știu că dezastrele la care se gândesc nu se vor produce deoarece au trecut înainte prin mai multe atacuri de panică și nu s-a întâmplat nimic. Cu toate acestea, teama lor este atât de puternică, încât îi face să apeleze la ajutor medical de urgență.

Wehrenberg (2008, p. 103) propune următoarele strategii pentru a reduce tendința de catastrofizare a clienților anxioși:

• Identificarea imaginii clare care însoțește gândul negativ cu caracter catastrofic.

Să presupunem că un client care suferă de atacuri de panică obișnuiește să-și spună în gând că va muri.

Terapeutul îi va cere să descrie cu exactitate senzațiile corporale (tahicardie, dureri în zona toracelui, respirație accelarată, tremor, amețeli etc.) și imaginile care îi vin în minte odată cu aceste gânduri și senzații.

Majoritatea clienților nu au o imagine exactă referitoare la modul în care ar putea muri. Ei se pot imagina cel mult căzuți pe jos și apoi urcați în mașina de salvare. Terapeutul va adresa în continuare întrebarea: „Și ce se va întâmpla apoi?".

Clientul ar putea răspunde: „Inima mea bate tot mai tare, privirea mi se întunecă, leșin".

Terapeutul continuă: „Ce crezi că mai urmează înainte ca tu să mori?"

În acest moment, majoritatea clienților, care au mai trecut prin atacuri de panică și nu au pățit nimic, vor zâmbi și vor răspunde: „Atacul de panică va lua sfârșit!"

O clientă care se temea de faptul că își va pierde autocontrolul a fost întrebată de terapeut cum va arăta atunci când se va întâmpla acest lucru.

Clienta a răspuns că va părea speriată. Terapeutul a continuat: „Și ce se va întâmpla mai departe?"

Se continuă cu această serie de întrebări până când clientul sesizează absurdul situației.

Studiu de caz

Marina, o studentă în vârstă de 21 de ani, suferea de atacuri de panică și fobie de a circula cu mijloacele de transport în comun. Redăm în continuare un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Marina: Mă tem că-mi voi pierde autocontrolul atunci când mă aflu în autobuz.

Terapeutul: Şi dacă îţi vei pierde autocontrolul, ce se va întâmpla?
M: Ceilalţi îşi vor da seama că sunt foarte speriată.
T: Şi ce se va întâmpla mai departe?
M: Nu cred că îi voi cere şoferului să oprească între staţii. Probabil voi coborî la prima staţie.
T: Şi ce se va întâmpla în continuare?
M: Oamenii din autobuz vor observa cum am rămas stană de piatră!
T: Ce se întâmplă apoi?
M: Autobuzul îşi va urma traseul şi eu voi ieşi din raza lor vizuală.
T: Şi mai departe?
M: (râde): Va trebui să cheltuiesc nişte bani pentru taxi ca să ajung la timp la cursuri.

• Clientul va fi învăţat să-şi adreseze întrebarea următoare: „Seamănă oare această experienţă cu ceea ce am mai trăit până acum?"

De regulă, subiecţii care suferă de atacuri de panică îşi imaginează consecinţele negative catastrofale prin analogie cu trăirile altor persoane.

De pildă, Corina, care îşi spunea în gând că va muri, îşi reamintea experienţele pe care le-a trăit atunci când nepotul ei în vârstă de 5 ani a făcut un atac de astm, în timp ce Dan, care se temea că va înnebuni, retrăia clipele în care un vecin care suferea de schizofrenie fusese luat cu ambulanţa şi dus la spital.

Există situaţii în care gândurile catastrofizante îşi au originea în traume pe care subiectul le-a suferit în copilărie. În aceste cazuri, terapeutul îl va ghida pe client să descopere conexiunea dintre trauma timpurie şi atacul de panică.

Clienţii care suferă de atacuri de panică au tendinţa de a evita situaţiile în care a avut loc primul atac de panică. Pentru astfel de cazuri, terapeutul va utiliza procedee de desensibilizare. Acestea implică:

- Pregătirea pentru a face faţă atacului de panică:
  - Însuşirea respiraţiei abdominale controlate;
  - Analizarea acelor situaţii pe care subiectul obişnuia să le evite;
  - Utilizarea desensibilizării sistematice. Subiectul împreună cu terapeutul vor alcătui o ierarhie a situaţiilor anxiogene. Subiectul va fi dirijat să-şi imagineze, în stare de relaxare, confruntarea cu fiecare situaţie anxiogenă până când anxietatea

se reduce. Procesul de desensibilizare se va realiza, acolo unde este posibil, și în plan real, clientul fiind însoțit de către o persoană de sprijin, instruită de terapeut, să se confrunte cu fiecare situație care înainte era evitată.
- Utilizarea unor variante mai ușoare de punere în practică a confruntării cu situația anxiogenă. Astfel, o persoană cu fobie de condus automobilul poate exersa la început în weekend, când traficul este mai puțin aglomerat.
- Notarea într-un jurnal a tot ce are de făcut subiectul în cazul unui atac de panică. Acest jurnal va însoți clientul în diversele situații cu care se confruntă.
- Revederea planului înainte de a intra în situație.
- Exersarea expunerii în plan real.
- Evaluarea modului în care s-a comportat subiectul. Acesta trebuie să-și ofere anumite recompense dacă a făcut cu bine față situației, să modifice planul dacă lucrurile nu au mers prea bine și să-și spună în gând că a făcut față, indiferent de felul în care s-au desfășurat evenimentele.

6. Oprirea gândurilor negative cu conținut anxiogen

Clienții anxioși își spun adesea în gând: „Ce va fi dacă voi mai suferi un atac de panică?"; „Cum să opresc toate aceste îngrijorări care mă terorizează?"; „Cum voi putea ieși în public fără să mă fac de râs?"

Specialiștii în psihoterapia scurtă de orientare cognitiv-comportamentală recomandă două strategii de abordare a acestor gânduri negative disfuncționale:

- Oprirea gândurilor;
- Înlocuirea acestora cu unele mai realiste.

Stoparea gândurilor reprezintă primul pas înainte de înlocuirea acestora prin autocomenzile de tipul STOP! Clientul poate fi învățat să vizualizeze cuvântul „stop" scris pe o tablă, pe ecranul unui calculator sau un semn de circulație care să sugereze acest lucru.

Înlocuirea gândurilor negative anxiogene reprezintă un demers mai complex, care trebuie planificat și realizat prin intermediul următoarelor strategii (Wehrenberg, 2008, pp. 114–115):

- alternarea unui gând negativ obsesiv cu unul alternativ cu caracter adaptativ. Se poate utiliza o strofă dintr-o poezie, o rugăciune sau o afirmație pe care subiectul va fi instruit să o repete de mai multe ori cu voce tare.
- lupta cu gândurile negative anxiogene. Clientul va recita, vorbi sau cânta cu voce tare (nu în mod repetitiv) făcând eforturi să acopere vocea interioară care derulează gândurile negative.
- tehnici de distragere a atenției. După ce subiectul și-a administrat autocomanda STOP!, acesta își va concentra atenția asupra unei activități atractive, cum ar fi vizionarea unei emisiuni TV, jocuri pe calculator, lectură, practicarea unui hobby sau o discuție telefonică pe teme care nu vizează problemele subiectului anxios.

Terapeutul atrage atenția asupra faptului că aceste preocupări nu trebuie să devină obsesive, să consume prea mult timp, astfel încât să dezorganizeze existența subiectului și nu trebuie să implice proceduri de căutare a unor informații care să reprezinte asigurări.

- reorientarea atenției înapoi asupra activității pe care subiectul o realiza înainte ca gândurile anxiogene să se instaleze;
- efectuarea unor mișcări menite să distragă atenția clientului anxios (activități domestice, aerobice, dans);
- ascultarea unor piese muzicale;
- schimbarea locului: clientul trebuie să fie atent unde merge și să conștientizeze ce anume va face în acel loc (se poate aplica o tehnică de *mindfulness*, un exercițiu de meditație bazată pe conștientizarea elementelor mediului înconjurător). Înlocuirea gândurilor negative trebuie să devină o rutină zilnică a clientului anxios.
- utilizarea strategiei PP (plăcut și productiv) — Wehrenberg (2008, p. 118) recomandă clienților anxioși să-și acorde zilnic un anumit timp pentru a identifica lucrurile plăcute și productive la care s-ar putea gândi atunci când sunt cuprinși de anxietate (unde își vor petrece vacanța, ce carte vor citi, ce spectacol ar dori să vizioneze, etc.). Aceste gânduri trebuie notate pe un caiet sau în calculatorul personal,

urmând ca subiectul să se gândească la temele propuse după ce a oprit ruminațiile cu conținut anxiogen.
- îndeplinirea cu prioritate a activităților dezagreabile pe care clientul nu dorește, dar este obligat să le deruleze pentru a nu se gândi în mod obsesiv la acele sarcini sau obligații (anunțarea unei vești proaste, discuția cu un client care trebuie refuzat, elaborarea unui raport de activitate etc.).
- planificarea riguroasă și realistă a activităților. Această strategie este valabilă mai ales pentru clienții care intră în panică atunci când se simt depășiți de multitudinea sarcinilor pe care le au de îndeplinit. Lista activităților trebuie să cuprindă timpul de începere a fiecărei activități, durata acestora, stabilirea priorităților și trebuie să aibă un conținut rezonabil. Sarcinile care nu pot fi îndeplinite în intervalul de timp ales pot fi amânate, se poate renunța la ele sau pot fi delegate altor persoane.

7. Controlul tendinței de îngrijorare

Toți oamenii se îngrijorează uneori, dar cei care suferă de anxietate generalizată sunt permanent îngrijorați chiar de situații care pentru ceilalți nu sunt anxiogene (se tem de îmbolnăviri, de posibile accidente, de faptul că ar putea face rău altora, de autorități etc.).

Îngrijorările anxioșilor scapă de sub control, având o durată și o intensitate crescute, și le perturbă acestor oameni în mod serios viața și activitatea.

Subiecții anxioși caută permanent asigurări de la cei din jur și, cu cât primesc mai multe referitoare la faptul că îngrijorările lor nu sunt fondate, cu atât solicită mai multe. Din acest motiv, mulți anxioși petrec ore în șir pe internet în căutarea asigurărilor (explicații, materiale despre anxietate, discuții pe forumuri despre aceste subiecte etc.).

De fapt, solicitarea de asigurări reprezintă o capcană care nu face decât să întărească îngrijorările.

Ceea ce obține subiectul anxios în urma asigurărilor îi va produce o ușurare de moment, după care îngrijorările vor avea tendința să se amplifice.

De pildă, o persoană care suferă de migrenă poate căuta pe internet posibilele cauze pentru afecțiunea sa, iar ceea ce va găsi acolo îi va accentua îngrijorarea.

O asigurare neproductivă are următorul conținut: „Totul va fi bine", în timp ce o asigurare cu conținut eficient poate fi „Subiectul îngrijorat va putea fi capabil să facă față situației". Asigurările productive pentru atacurile de panică (Wehrenberg, 2008) sunt următoarele:

- „Conștientizați faptul că anxietatea reprezintă teama de a suferi un atac de panică."
- „Reamintiți-vă de abilitățile care v-au ajutat și altă dată să faceți față atacului de panică".

Teama de a suferi un atac de panică este foarte intensă și îi determină pe subiecți să evite locurile unde ar putea avea un astfel de atac. Acestor subiecți nu trebuie să li se spună că nu vor avea un atac de panică. Asigurarea potrivită ar putea fi: „Chiar dacă vei intra în panică, vei face față situației".

Persoanele care suferă de anxietate socială se tem mai ales de semnele vizibile ale acestei anxietăți, care ar putea fi sesizate și de alte persoane.

În astfel de cazuri, nevoile de asigurare se referă la următoarele aspecte:

- Precizați/clarificați fricile clientului. Ce anume credeți că se va întâmpla de fapt?
- Verificați dacă subiectul anxios dispune de abilități de a face față anxietății (de pildă, respirație abdominală, relaxare, autoasigurare etc.).
- Verificați dacă subiectul dispune de abilități de comunicare socială. În caz contrar, aceste abilități vor fi dezvoltate în cadrul ședințelor de psihoterapie sau consiliere psihologică.
- Asigurați clientul anxios de faptul că dispune de competențele necesare pentru a face față temerilor și consecințelor acestora.

Aceste asigurări cu caracter productiv trebuie administrate o singură dată. În cazul în care clientul anxios le solicită în mod repetitiv înseamnă că avem de-a face cu o formă mascată de îngrijorare.

Terapeutul îi va spune clientului care are tendința de a proceda astfel:

„Știi deja ce ai de făcut atunci când te cuprinde anxietatea; poți face față grijilor și îngrijorărilor."

Subiecții cu anxietate generalizată care au tendința de a-și face griji în exces trebuie să conștientizeze: dacă au de-a face cu o problemă reală sau este vorba doar de îngrijorări. În cazul în care este vorba de o problemă reală este necesară elaborarea unui plan pentru a-i face față.

De cele mai multe ori, subiecții anxioși pot face față cu bine atunci când se confruntă cu probleme reale.

Dacă subiectul anxios nu poate identifica o problemă reală, este vorba despre ruminații anxioase, iar în caz contrar, se poate trece la elaborarea planului de acțiune, care presupune parcurgerea următoarelor etape (Wehrenberg, 2008, p. 136):

- Identificarea problemei în termeni cât mai concreți;
- Aplicarea tehnicii de *brainstorming* („asalt de idei") pentru a găsi cât mai multe soluții pentru problema respectivă;
- Evaluarea soluțiilor cu argumente pro și contra;
- Alegerea unei soluții;
- Stabilirea pașilor de urmat pentru implementarea în practică a soluției pentru care s-a optat; planul de acțiune;
- Punerea în practică a planului de acțiune;
- Evaluarea rezultatelor.

Studiu de caz

Alexia, o programatoare în vârstă de 28 de ani, trăia o teamă permanentă că și-ar putea pierde serviciul, mai ales că firma la care lucra nu mergea prea bine. Ea urmărea cu atenție mimica șefului ierarhic și îi povestea zilnic soțului cum s-a raportat șeful la ea. Alexia muncea mult peste program și era permanent în alertă. Clienta a început să aibă tulburări de somn, inapetență și irascibilitate. La cea mai mică remarcă a soțului, izbucnea în plâns. Alexia a venit la cabinetul de psihoterapie însoțită de soțul ei.

După ce a ascultat relatările clientei, terapeutul a construit diferite ipoteze referitoare la problema acesteia. Îngrijorările legate de pierderea serviciului nu par iraționale dacă se bazează pe date reale și era destul de greu pentru terapeut să lucreze asupra acestor îngrijorări necunoscând datele din teren. Ținând seama de aceste elemente, terapeutul și-a propus să o determine pe clientă să se îngrijoreze o singură dată, luând în serios situația. Această strategie ajută la delimitarea aspectelor reale de cele imaginare ale problemei (adaptat după Wehrenberg, 2008).

Clientei i s-a cerut să realizeze distincția dintre aspectele problemei pe care le poate controla și în cazul cărora poate acționa și aspectele pe care nu le poate controla și unde nu este nimic de făcut.

Terapeutul i-a solicitat să se îngrijoreze timp de 15 minute după următorul plan:

- Realizează o listă a tuturor aspectelor de care crezi că trebuie să te îngrijorezi. Ai grijă să nu omiți niciun aspect care ar putea constitui obiectul unor îngrijorări viitoare.
- Întreprinde tot ce poate fi făcut în momentul prezent (trimite CV-ul la alte firme, întreabă-ți prietenii dacă știu de existența unor locuri de muncă asemănătoare, revizuiește lucrările prezente și ai grijă să nu rămână restante, etc.).

În majoritatea cazurilor aceste măsuri sunt necesare doar dacă lucrul de care se teme clienta se va petrece cu adevărat.

- Adresează-ți întrebarea dacă a mai rămas vreun motiv de îngrijorare în situația respectivă. Dacă răspunsul este afirmativ, elaborează un nou plan de măsuri.
- Alege un interval de timp în care te vei îngrijora din nou și notează într-o agendă sau pe calculator afirmația următoare: „Dacă situația A se va produce, voi adopta strategia S1. Dacă situația A nu se va produce, mă voi îngrijora din nou peste o lună".
- Ori de câte ori clientul are tendința de a se îngrijora, acesta este solicitat să utilizeze tehnica opririi și înlocuirii gândurilor negative.

La începutul terapiei, Alexia se îngrijora doar că își va pierde serviciul. La insistențele terapeutului, ea a intrat în detalii și au rezultat următoarele gânduri negative anxiogene:

— „Cum voi putea plăti rata la bancă dacă îmi pierd locul de muncă?"
— „Cum voi proceda pentru a găsi un alt loc de muncă?"
— „Ce se va întâmpla dacă niciodată nu voi găsi un alt loc de muncă?"

Alexia și-a propus să accepte să lucreze suplimentar două weekenduri pe lună, a făcut un plan de activități pe care le-a discutat cu șeful ei și a început să caute pe internet oferte de locuri de muncă în domeniul IT și a depus mai multe CV-uri. Clienta a decis să negocieze cu banca o posibilitate de renegociere a împrumutului. În cazul în care aceste negocieri ar eșua, clienta ar putea apela la părinții ei, care aveau o situație economică bună.

Referitor la ultima îngrijorare, clienta a afirmat că ar putea găsi ceva de lucru on-line sau ar putea da curs unei vechi pasiuni pe care a neglijat-o până acum, croitoria.

Clientei i s-a recomandat să practice zilnic, timp de 15 minute, o tehnică de relaxare cu respirație abdominală controlată și să se înscrie la un curs de dans de societate.

În momentul în care apăreau din nou tendințele de îngrijorare, ea trebuia să utilizeze tehnica opririi și înlocuirii gândurilor anxiogene („Stop! M-am îngrijorat

deja într-o măsură suficientă. Am realizat un plan de lucru. Mă voi îngrijora din nou peste o lună").

Clienții care suferă de anxietate generalizată trăiesc și o stare de teamă difuză, cu obiect neprecizat. Aceștia obișnuiesc să scaneze toate aspectele existenței pentru a vedea pe unde poate veni un pericol și este cunoscut faptul că, dacă cineva caută o problemă, o va găsi cu siguranță.

Terapeutul va avea sarcina să-i ajute pe acești clienți să sesizeze diferența dintre anxietatea fără obiect și teama motivată.

Clientul va trebui să se întrebe dacă au existat de-a lungul vieții sale probleme reale (de sănătate, la locul de muncă, în familie) și acesta nu le-a observat. De regulă răspunsul este negativ, oamenii având în general capacitatea de a sesiza aspectele negative concrete ale existenței. Excepție fac subiecții care utilizează mecanisme de apărare bazate pe negarea realității și pentru care este indicată o psihoterapie de profunzime.

Clienților cu anxietate generalizată trebuie să li se explice și faptul că teama fără motiv poate avea la bază modificări fiziologice ale organismului (modificări ale glicemiei, căderi de calciu etc.) și că o stare emoțională nu este altceva *decât* o stare emoțională și nimic mai mult.

Pasul următor îl reprezintă practicarea cu regularitate a relaxării și a respirației abdominale controlate care vor contribui la restabilirea echilibrului organismului.

Urmează apoi aplicarea tehnicilor de oprire a gândurilor cu conținut anxiogen și înlocuirea acestora cu unele mai realiste.

Wehrenberg (2008, p. 147) propune și o tehnică de imaginație dirijată pentru a face față gândurilor negative cu conținut anxiogen. Instructajul administrat clientului este următorul:

„Imaginați-vă că aveți în față un cufăr al cărui capac este deschis. În acel cufăr veți depozita toate îngrijorările și temerile dumneavoastră.

Analizați apoi fiecare îngrijorare, dați-i un nume și căutați să v-o reprezentați sub forma unei imagini concrete cu cât mai multe detalii. După ce ați realizat acest lucru, plasați îngrijorarea respectivă în cufăr. După ce ați așezat toate fricile și îngrijorările

în cufăr, închideți capacul. Încuiați cufărul și plasați-l undeva mai departe, într-un colț al încăperii.

Invitați apoi gândurile referitoare la aspectele importante din momentul prezent să-și ocupe locul în mintea dumneavoastră".

Această strategie dă rezultate foarte bune dacă este aplicată într-o stare de relaxare sau transă hipnotică.

Clienții mai puțin imaginativi pot fi instruiți să noteze îngrijorările lor pe o foaie de hârtie pe care să o pună într-un sertar, urmând să o revadă altă dată. Se recomandă ca aceste temeri și îngrijorări să fie exprimate prin intermediul unui număr redus de cuvinte (Wehrenberg, 2008, p. 147).

8. Modificarea vorbirii interioare cu un conținut negativ.

Una dintre strategiile cele mai frecvent utilizate pentru controlarea simptomelor anxietății se referă la modificarea vorbirii interioare cu conținut anxiogen și înlocuirea acesteia cu un conținut realist și pozitiv.

Vorbirea interioară cu conținut anxiogen stă la baza comportamentelor de evitare. De exemplu, un client cu fobie socială își va spune în gând:

„Dacă ceilalți vor observa cât de speriat sunt, vor râde de mine și vor crede că sunt nebun. Mai bine evit situațiile în care ceilalți ar putea să mă observe".

Clienții depresivi sau anxioși sunt convinși de faptul că ceea ce își spun în gând este adevărat.

Terapeutul trebuie să le reamintească acestora următoarele (Wehrenberg, 2008, p. 153):

- Anxietatea generalizată nu apare în cazul unui pericol real, ci este vorba doar de modificări biochimice ale organismului care, de cele mai multe ori, nu sunt periculoase.
- Atacurile de panică, îngrijorările și fobia socială pot fi ameliorate sau chiar vindecate dacă se modifică vorbirea interioară cu conținut anxiogen și comportamentul manifest al subiectului prin intermediul tehnicii desensibilizării.
- Anxietatea socială nu reprezintă o teamă de vreun pericol, ci de evaluarea cu conținut negativ.

- Modificarea convingerilor și a vorbirii interioare cu un conținut negativ reprezintă punctul „cheie" al tratamentului.
- Terapia poate fi dusă la bun sfârșit doar atunci când se modifică și comportamentul manifest al subiectului.

Mulți clienți care suferă de anxietate nu conștientizează vorbirea interioară cu conținut negativ prin intermediul căreia se autosabotează.

Aceștia sunt învățați să detecteze dialogul interior notând într-un jurnal stările pe care le trăiesc atunci când se simt anxioși, după care își adresează întrebarea: „Ce urmează apoi?", ca în exemplul următor:

„Stau în bancă în sala de seminar și știu că va sosi momentul să-mi prezint lucrarea. Inima mea bate cu putere, transpir, mă înroșesc și mă tem că vocea mea va tremura atunci când va veni timpul să iau cuvântul.

Îmi adresez în gând întrebarea: «Și ce va fi dacă inima mea bate puternic, transpir și mă înroșesc?»

Răspunsul pe care mi-l dau în gând este următorul:

«Ceilalți vor crede că sunt nebun sau că nu am făcut eu lucrarea pentru că vocea mea tremură și nu sunt sigur pe mine. Colegii mă vor respinge!»."

Pentru clienții anxioși care sunt conștienți de vorbirea interioară cu conținut negativ se poate aplica metoda celor trei coloane (Wehrenberg, 2008, p. 155).

Obiective; Acțiuni; Intenții; Situații anxiogene.	Primul gând care îți vine în minte.	Gând alternativ, cu conținut adaptativ.

Cea de-a treia coloană va fi completată după ce demersul terapeutic a progresat suficient și clientul a realizat pași benefici în direcția modificării vorbirii interioare cu conținut negativ.

Studiu de caz

Mihaela, o tânără în vârstă de 21 de ani, suferea de fobie socială și a întrerupt facultatea în anul II pentru că se simțea incapabilă să mai continue studiile în domeniul științelor comunicării.

Lista obiectivelor clientei a fost următoarea:

- să revin la facultate în luna octombrie a acestui an;

- să merg singură la secretariat şi să rezolv problema actelor necesare şi echivalarea creditelor;
- să fiu capabilă să interacţionez normal cu colegii de grupă;
- să nu mai plec de la seminarii atunci când am de susţinut vreun referat;
- să termin facultatea la timp, să-mi dau licenţa;
- să-mi găsesc un loc de muncă la redacţia unui ziar.

Tabelul celor trei coloane

Obiective; Acţiuni; Intenţii; Situaţii anxiogene.	**Primul gând care îţi vine în minte.**	**Gând alternativ, cu conţinut adaptativ (gând opus primului gând).**
Să revin la facultate în octombrie.	Nu voi fi capabilă să strâng toate actele.	Am destul timp la dispoziţie. Dacă mă organizez bine voi fi gata la timp. Îi pot cere prietenului meu să mă ajute.
Să merg singură la secretariat şi să rezolv problema cu actele şi echivalarea creditelor.	Mă tem de faptul că secretarele se vor purta urât cu mine şi nu-mi vor accepta niciun fel de echivalare.	Nu ştiu dacă mi se va aproba, dar trebuie să încerc. Este în joc viitorul meu.
Să interacţionez normal cu colegii de grupă.	Sigur mă voi face de râs. Mă voi înroşi şi vocea mea va tremura.	A vorbi cu colegii nu înseamnă că ţin un discurs sau că transmit o ştire în direct. Am mai făcut asta şi altă dată.
Să nu mai plec de la seminarii atunci când am de susţinut un referat.	De fiecare dată am fugit atunci când trebuia să iau cuvântul în public.	Chiar dacă mă voi simţi stresată, voi depăşi situaţia. Mi-am însuşit la psihoterapie tehnici de relaxare şi respiraţie controlată.

O modalitate eficientă de modificare a dialogului interior cu conţinut negativ prin metode cognitiv-comportamentale este utilizarea modelului ABCD propus de Ellis (1987, pp. 52–53), în care: A este evenimentul activator, B sistemul de convingeri şi credinţe pe care le are subiectul în raport cu propria persoană, ceilalţi sau situaţie,

C consecințele în plan cognitiv, emoțional și comportamental și D combaterea convingerilor negative disfuncționale prin metoda contraargumentării.

Evenimentul activator A: descrieți o situație care vă provoacă anxietate. În cazul Mihaelei, o astfel de situație ar putea fi solicitarea de reluare a studiilor și echivalare a creditelor pe care clienta ar trebui să o facă la secretariatul facultății.

B. Convingerile pe care le nutrește persoana în legătură cu sine însăși, ceilalți și situație: Ellis (1987) se referă la convingeri disfuncționale, pe care le denumește iraționale și la convingerile raționale alternative care în urma psihoterapiei le vor înlocui pe primele.

Prezentăm, mai jos, câteva dintre convingerile iraționale nutrite de Mihaela:

„Nu am mai trecut printr-o situație asemănătoare înainte și probabil nu voi reuși să o gestionez".

„Persoanele de la secretariat vor considera că nu sunt bună de nimic".

„Eu trebuie neapărat, cu orice preț, să reușesc și să fac o impresie bună, pentru că altfel voi fi o ratată".

„Ar fi îngrozitor dacă m-aș face de râs, nu aș merita să mai trăiesc".

Terapeutul trebuie să acorde o atenție specială imperativelor categorice („Trebuie neapărat") pe care subiecții cu anxietate socială și le fixează în mod nerealist.

Înlocuirea convingerilor iraționale specifice dialogului interior reprezintă un proces dificil și complex care se realizează prin metoda dialogului socratic. Întrebările pe care trebuie să și le adreseze clientul îmbracă următoarea formă:

„De ce trebuie neapărat să... ?"
„De ce cred că acel lucru va fi îngrozitor?"
„Ce dovezi am că nu voi putea suporta situația respectivă?" etc.

Studiu de caz

Nicoleta, în vârstă de 28 de ani, asistent manager la o firmă, s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru anxietate generalizată și fobie socială.

Nicoleta se consideră o persoană introvertă și timidă. În momentul în care s-a adresat psihoterapeutului, ea avea probleme de comunicare cu șeful ei, care era o persoană morocănoasă și agresivă. Nicoleta era convinsă de faptul că acesta nu o agreează, pentru că o privește încruntat și nu-i răspunde la salut. Ori de câte ori se întâmpla acest lucru, Nicoleta își petrecea toată ziua spunându-și în gând că nu este bună de nimic, că nu va fi niciodată promovată și chiar va fi disponibilizată. La un moment dat, conducerea firmei a anunțat scoaterea la concurs a unui post mai bun.

Nicoleta ezita să se înscrie la respectivul concurs pentru că avea nevoie de recomandarea șefului direct și era sigură că acesta nu i-o va da și se va purta urât cu ea. Mai mult, clienta își spunea în gând că se va înroși, va transpira, va începe să tremure și să plângă.

Terapeutul a dirijat-o să aplice modelul ABCD pentru a modifica vorbirea interioară cu conținut negativ.

Clienta a identificat evenimentul activator A: „Solicitarea unei recomandări de la șeful direct pentru a se înscrie la concurs".

Convingerile iraționale referitoare la propria persoană, la ceilalți și la situația externă au fost formulate în termeni categorici.

„Trebuie neapărat să fie în dispoziție bună, pentru că altfel nu-mi va da recomandarea."

„Trebuie să-mi expun argumentele într-o ordine perfectă și cu o claritate maximă."

„Ar fi îngrozitor dacă el s-ar purta nepoliticos cu mine și ar refuza să-mi dea recomandarea; cred că aș ieși din birou imediat și nu m-aș mai întoarce niciodată la acel serviciu."

Întrebată fiind care ar fi consecințele convingerilor sale în plan comportamental, Nicoleta a afirmat următoarele:

„Nu voi fi niciodată capabilă să-i solicit acea recomandare";

„Nu voi fi în stare să argumentez perfect pentru a-l convinge să-mi dea recomandarea".

Contraargumentarea a ajutat-o pe clientă să modifice convingerile iraționale specifice vorbirii sale interioare cu un conținut negativ.

Nicoleta a fost de acord că a pus în acțiune, printre altele, distorsionarea cognitivă numită „ghicirea gândurilor" atunci când a afirmat că știe cum va proceda șeful ei.

Întrebată fiind: „De unde știi acest lucru?", clienta a răspuns că singura dovadă a faptului că va fi refuzată era proasta dispoziție a șefului.

Terapeutul a continuat adresându-i altă întrebare: „Ce dovadă ai că tu ești cauza proastei sale dispoziții?"; „Mai există și alte motive pentru care acesta ar putea fi prost dispus?"

Clienta a replicat afirmând că acesta ar putea avea probleme de sănătate sau în familie.

Nicoleta a ajuns, în urma derulării demersului terapeutic, să-și modifice convingerile negative.

- „Nu știu exact ce îl determină să fie prost dispus sau bine-dispus."
- „Nu am nicio dovadă a faptului că voi fugi din firmă și nu mă voi mai întoarce niciodată dacă șeful nu îmi va da recomandarea și va fi nepoliticos cu mine."
- „Nu am nicio dovadă că acest lucru va fi îngrozitor, oribil, teribil și că nu voi suporta situația."
- „Nu mă voi simți prea confortabil, dar voi supraviețui!"

Clienta a notat în jurnalul personal convingerile alternative realiste, menite să le înlocuiască pe cele negative, iraționale.

Convingeri iraționale	**Convingeri alternative**
„Trebuie cu orice preț să fiu perfect calmă atunci când solicit recomandarea, pentru că altfel șeful nu mi-o va da."	„Șeful cunoaște foarte bine activitatea mea. Faptul că sunt calmă nu va modifica aprecierea făcută de el cu privire la munca mea."
„Șeful trebuie să fie într-o dispoziție perfectă pentru că altfel nu mă va asculta."	„Nu este nevoie de perfecțiune într-o astfel de situație."
„Eu trebuie să-mi prezint motivele solicitării într-o ordine și cu o logică perfecte."	„Pot să mă pregătesc bine și o voi face."
„Va fi îngrozitor dacă el va fi nepoliticos sau nerăbdător cu mine și mă va face să mă simt prost."	„Cine spune că șeful trebuie să mă facă să mă simt bine atunci când solicit o promovare? Starea lui de spirit nu are de ce să mă afecteze."

„Voi fugi din birou și nu mă voi mai întoarce niciodată la firmă."	„Nu am niciun motiv să nu mă mai întorc la serviciu dacă el se va comporta urât cu mine. Am mai vorbit cu el când era nervos și nu s-a întâmplat nimic. Pot să o fac și de această dată; voi trece și peste asta."

Convingerile alternative realiste trebuie notate într-un caiet sau jurnal și trebuie repetate de mai multe ori pe zi. Acestea pot fi transformate și în autosugestii care pot fi administrate în relaxare sau transă hipnotică.

Pentru a fi eficiente, sugestiile trebuie să fie scurte, clar exprimate, să reprezinte afirmații și nu negații (subiectul trebuie să-și spună în gând ce dorește și nu ce nu dorește să se întâmple) și să aibă un caracter realist.

Evenimentele realității confirmă de cele mai multe ori expectațiile subiectului, acestea transformându-se în profeții autoîmplinite.

De pildă, dacă o persoană se așteaptă să fie respinsă de ceilalți, aceasta se va comporta astfel încât respingerea să fie inevitabilă.

Un alt aspect pe care trebuie să-l conștientizeze subiectul anxios aflat în terapie se referă la distorsionările cognitive prin intermediul cărora acesta percepe în mod deformat realitatea.

Wehrenberg (2008, p. 163) se referă la principalele convingeri distorsionate specifice persoanelor care suferă de atacuri de panică sau de alte tulburări anxioase:

- supraestimarea probabilității producerii acelui eveniment de care subiectul se teme cel mai mult;
- expectațiile cu caracter catastrofizant: subiectul consideră că, indiferent ce se întâmplă, va fi vorba de cel mai rău lucru posibil;
- subestimarea capacității personale de a tolera experiențele negative;
- convingerea conform căreia subiectul anxios nu poate avea niciun control asupra modului în care se simte; subiectul este convins că atât împrejurările exterioare, cât și propriile stări emoționale sunt influențate de ceilalți.

Deși un control absolut asupra stărilor afective nu este posibil, reacția emoțională într-o situație concretă poate fi controlată.

9. Reducerea tendinței de a se refugia în hiperactivitate.

Mulți subiecți care suferă de tulburări anxioase au ales un stil de viață care implică hiperactivitate, stil care nu face decât să le accentueze anxietatea și supraîncordarea. Acești subiecți par incapabili să se relaxeze, iar nivelul lor de anxietate se accentuează atunci când, dintr-un motiv sau altul, sunt întrerupți din activitatea pe care o desfășoară.

Wehrenberg (2008, pp. 172–173) propune un plan de acțiune pentru persoanele hiperactive care se confruntă cu timp liber neașteptat:

- Acasă sau atunci când vă aflați la locul de muncă, spuneți-vă în gând: „Dacă aș avea câteva ore (minute) libere, aș dori să..."
- Notați durata activităților pe care le-ați selectat:

– activități care durează o jumătate de oră;
– activități care durează o oră;
– activități care durează mai multe ore (eventual toată ziua).

- Purtați respectiva listă asupra voastră și, în eventualitatea în care apare un timp liber neașteptat, alegeți o activitate din lista respectivă și duceți-o la îndeplinire;
- După ce ați realizat activitatea respectivă, tăiați-o de pe listă și adăugați o altă activitate.

Contracararea tendinței spre perfecționism

Rareori, subiecții perfecționiști realizează faptul că au această trăsătură.

Wehrenberg (2008, pp. 176–177) este de părere că primul pas în direcția reducerii perfecționismului este identificarea acestuia.

Clientul este solicitat să răspundă la următoarele întrebări:

- Aveți un puternic sentiment al responsabilității personale referitor la sarcinile profesionale, gospodărești sau sociale și în situațiile în care se presupune că și alte persoane ar trebui să participe la respectivele activități?
- Obișnuiți să faceți lucrurile în locul celorlalți?
- Abundă în limbajul vostru expresii cu caracter absolutist, de tipul următor: „Nimeni din acest colectiv nu este în stare să ducă această sarcină la bun sfârșit!", „Nimeni nu lucrează

corect, conform procedurilor!", „Dacă nu fac eu acel lucru, totul se va duce de râpă!"?
- Reușiți să realizați diferența dintre un lucru bine făcut și unul perfect și să vă comportați diferit în diverse situații?
- Întorcându-vă în timp, vă puteți reaminti de o etapă în care nu vă făceați atâtea griji referitoare la consecințele unor acțiuni?
- Observați ce se întâmplă cu nivelul anxietății voastre atunci când ceva nu merge bine?
- Aveți tendința de a reduce anxietatea fiind și mai vigilenți în viitor și luând în considerare tot mai multe detalii și făcând tot mai multe verificări?

În cazul în care clientul a conștientizat faptul că perfecționismul reprezintă un mecanism de reducere a anxietății, aceeași autoare (Wehrenberg, 2008) propune câteva strategii de controlare a acestei tendințe:

- Evidențierea consecințelor negative ale perfecționismlui:
- critica adresată de ceilalți pentru că sunteți prea dominator și doriți să controlați totul în loc să vă considere o persoană grijulie și atentă la nevoile altora;
- efecturarea unor ore suplimentare care nu sunt solicitate de nimeni și oboseala rezultată în urma activității excesive;
- desfășurarea existenței într-un stres continuu datorat faptului că subiectul nu are suficient timp să realizeze ce și-a propus;
- absența sentimentului plăcerii și satisfacției pentru activitățile agreabile, deoarece subiectul se simte responsabil pentru consecințele acțiunilor pe care le consideră obligatorii;
- apariția unui sentiment de epuizare și incapacitatea de a se relaxa;
- blocarea altor strategii care ar putea preveni sau reduce anxietatea;
- stoparea afirmațiilor „totul sau nimic".

Cuvântul de ordine pentru clientul anxios perfecționist îmbracă următoarea formă: „Perfecțiunea este imposibilă și dacă ceva este imposibil, nu am obligația să realizez acel lucru" (Wehrenberg, 1998, p. 178).

- Alcătuirea unui plan de combatere a tendințelor perfecționiste.

– Clientul este instruit să nu-și asume responsabilitatea pentru o anumită activitate care poate fi realizată și de alte persoane. Acesta trebuie să înceapă cu activități de importanță mai redusă.

Dacă procedează astfel, clientul se va putea convinge de faptul că activitatea respectivă va fi realizată de o altă persoană, iar în caz contrar, când nu se oferă nimeni să realizeze acea activitate și aceasta rămâne nefăcută, nu se întâmplă nicio catastrofă.

– Subiectul anxios perfecționist va fi solicitat să observe modul în care reacționează ceilalți la lucrurile imperfecte făcute de alte persoane.
– Clientul trebuie să-și asume anumite responsabilități, dar nu și pentru acele activități pentru care sunt responsabile alte persoane.
– Acesta va fi dirijat să nu termine o anumită activitate sau să nu respecte, în mod deliberat, anumite termene la lucrări de importanță mai redusă.
– Clientul va fi instruit să observe cât de puțin contează pentru cei din jur dacă un lucru este realizat perfect sau nu, sau faptul că în cazul în care o situație se deteriorează în mod neașteptat, oamenii fac de obicei față cu bine provocărilor.
– Realizarea unor diferențieri între lucrurile care sunt cu adevărat importante, care pot fi amânate, delegate altora sau care, dacă nu sunt realizate deloc, nu se întâmplă nimic grav.

Un stil de viață echilibrat contribuie la o bună stare de sănătate fizică, emoțională și mentală. Persoanele anxioase care se refugiază în hiperactivitate au un stil de viață dezechilibrat (de exemplu, lucrează prea mult la serviciu, își neglijează familia și nu își alocă timp pentru activități cu caracter recreativ).

Desigur, există situații în care cineva trece prin perioade în care trebuie să lucreze 12 ore la serviciu (predarea urgentă a unui proiect important), să-și sacrifice mai multe weekenduri (o persoană este angajată simultan în activități profesionale și de finalizare a unor

studii), dar după ce respectivele perioade s-au încheiat, persoana trebuie să revină la un mod mai echilibrat de viață.

Acest lucru nu se întâmplă în cazul subiecților anxioși și perfecționiști, care au tendința de a permanentiza acest stil deficitar.

Una dintre modalitățile cel mai puțin anxiogene de modificare a orarului zilnic se referă la acordarea unui timp ceva mai îndelungat unor activități pe care subiectul dorește neapărat să le realizeze, în detrimetrul unora mai puțin importante.

Prezentăm, mai jos, o diagramă a unui orar echilibrat în care activitatea profesională trebuie să dureze opt ore, activitățile de relaxare și deconectare două ore, iar cele șase ore rămase se împart în funcție de situație, pentru alte activități pe care clientul le consideră importante (adaptat după Wehrenberg 2008, p. 183).

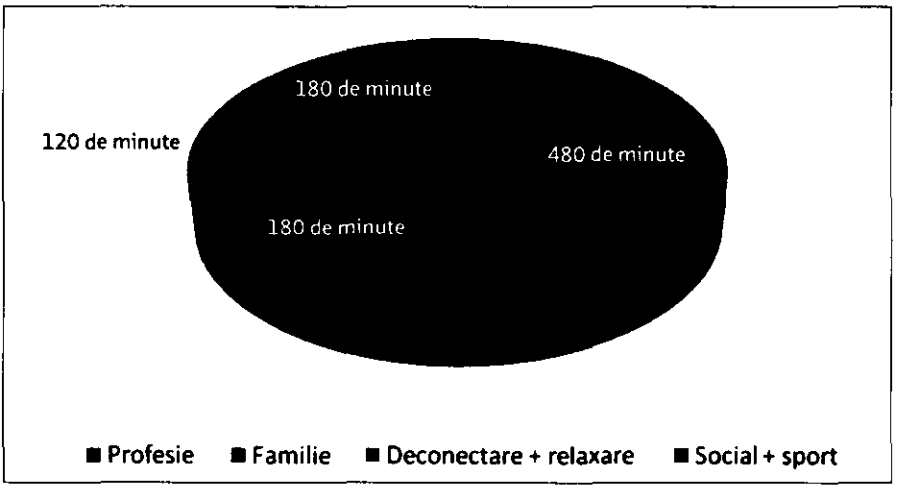


Fig. 6: Exemplu de orar echilibrat al activităților (adaptare după Wehrenberg 2008, p. 183)

Problema cea mai importantă a subiecților anxioși care au tendința de a se refugia în hiperactivitate constă în aceea că ei își asumă adesea responsabilități și obligații în domenii care nu le conferă satisfacții, neglijând alte activități importante care le fac plăcere.

De exemplu, o femeie care a decis să stea 10–12 ore pe zi la serviciu nu va avea timp să stea împreună cu copiii săi.

În astfel de cazuri, terapeutul va trebui ca, împreună cu clientul, să treacă în revistă sistemul de valori al acestuia din urmă, sistem

care cuprinde acele lucruri care sunt considerate importante pentru client și în funcție de care acesta trebuie să ia decizii.

Wehrenberg (2008, p. 184) propune clienților următorul exercițiu:

- Identificați o situație cum ar fi, de pildă, schimbarea serviciului, achiziționarea unei locuințe, alegerea facultății etc.
- Realizați o listă care să cuprindă cele mai importante aspecte ale respectivei situații, aspecte care vă vor influența decizia. În cazul schimbării serviciului, acestea ar putea fi: salarizarea, posibilitățile de promovare în carieră, timpul de lucru, locația, posibilitatea obținerii unor satisfacții rezultate în urma activității depuse, valorificarea aptitudinilor personale, stabilirea unor conexiuni în plan social.
- Reduceți lista menționând elementele pe care le considerați mai importante, comparând valorile între ele pentru a stabili o ierarhie.
- Reconsiderați decizia pe care o veți lua în funcție de ceea ce este mai important pentru dumneavoastră.

Persoanele care au tendința spre hiperactivitate vor avea o balanță decizională înclinată în favoarea activităților profesionale, neglijând multe aspecte care fac ca viața să merite să fie trăită.

Acești subiecți trebuie să conștientizeze faptul că pauzele de relaxare contribuie la creșterea randamentului profesional. Terapeutul va trebui să le recomande în mod prioritar modalități active de relaxare, deoarece această categorie de persoane dispune de un nivel ridicat de energie care trebuie descărcat.

Wehrenberg (2008, p. 190) face următoarele recomandări subiecților anxioși care se refugiază în hiperactivitate:

- Identificați cât mai multe situații în care puteți să râdeți. Râsul reprezintă o modalitate sănătoasă de descărcare a tensiunilor.
- Dați curs impulsului de a face un lucru oricât de neînsemnat, doar pentru plăcerea de a-l face.
- Observați în ce măsură activitățile recreative care vă fac plăcere modifică nivelul anxietății și echilibrul vieții personale.
- Alegeți, pe cât posibil, activități agreabile care să implice efort fizic.

- Identificați care sunt aspectele agreabile și cele dezagreabile ale unor activități.
- Conștientizați experiențele pozitive, retrăind în plan real sau imaginativ situații care v-au făcut plăcere în trecut.

10. Implementarea planului de reducere a anxietății (Wehrenberg, 2008):

Prima etapă a punerii în practică a planului este stabilirea obiectivelor. Acestea pot avea un caracter general sau mai specific:

- să mă eliberez de atacurile de panică;
- să pot face față cu bine unui interviu de ocupare a unui post;
- să mă adresez șefului fără să mă bâlbâi, să mă înroșesc sau să transpir;
- să pot vorbi în public fără să mai fiu cuprins de panică.

Cele mai eficiente planuri sunt cele în care obiectivele sunt specifice, concrete și clar formulate.

• Evaluarea acelor abilități de care subiectul are nevoie pentru a-și duce la îndeplinire obiectivele.

Clientul trebuie să conștientizeze care sunt situațiile care îl determină să devină anxios și de ce deprinderi are nevoie pentru a se elibera de anxietate. Acest lucru se va realiza cel mai bine sub îndrumarea unui consilier sau terapeut calificat.

De regulă, este vorba despre abilități profesionale și sociale cum ar fi cele de comportament asertiv, comunicare și management al conflictelor. Acestea din urmă se pot forma și perfecționa sub îndrumarea terapeutului, în cursul psihoterapiei individuale sau de grup.

Persoanele care suferă de agorafobie, atacuri de panică, fobii specifice sau fobie socială vor urma un tratament de desensibilizare sistematică. Metoda presupune învățarea prealabilă a unei tehnici de relaxare.

Se realizează apoi o ierarhie a situațiilor sau stimulilor anxiogeni, de la cei care produc cea mai redusă anxietate până la cei mai anxiogeni. Se întreprinde apoi o confruntare în stare de relaxare cu fiecare situație până când nivelul anxietății se reduce complet. Terapeutul îl

va ghida pe client în acest demers progresiv, treaptă cu treaptă, până la obținerea desensibilizării.

Tehnica dă rezultate mai rapide în cazul în care desensibilizarea se realizează în transă hipnotică.

Desensibilizarea poate fi realizată și în plan real (*in vivo*). În acest caz, pașii sunt mai mici și tehnica durează mai mult. Desensibilizarea în plan real se realizează cu ajutorul unei persoane de sprijin instruite de terapeut.

Cele mai bune rezultate se obțin atunci când desensibilizarea în plan real urmează după cea imaginativă (*in vitro*).

Prezentăm mai jos câteva îndrumări pentru realizarea desensibilizării în plan real:

- alcătuiți împreună cu terapeutul o ierarhie a situațiilor anxiogene;
- planificați durata fiecărei expuneri;
- asigurați-vă de faptul că puteți ieși din situație atunci când anxietatea a atins un nivel prea ridicat;
- stabiliți dacă aveți nevoie de o persoană de sprijin sau puteți realiza singur exercițiile de desensibilizare.
- asigurați-vă de faptul că diferențele dintre situațiile anxiogene din cadrul ierarhiei sunt suficient de mari astfel încât să producă anxietate, dar posibil de abordat.
- creșteți progresiv durata expunerii la fiecare situație în parte.

Studiu de caz

Elena, o economistă în vârstă de 43 de ani, a fost promovată de curând într-o funcție de conducere la banca la care lucra. În această calitate, ea trebuia să raporteze în fiecare luni dimineața despre activitatea desfășurată de colectivul pe care îl conducea. La prima ședință, Elena a fost cuprinsă de panică, a început să tremure, s-a înroșit, a transpirat, a amețit, inima a început să-i bată cu putere și a părăsit încăperea. După mai multe controale medicale care au ieșit foarte bine, Elena a fost diagnosticată cu fobie socială și atacuri de panică și a fost îndrumată către cabinetul de psihoterapie.

Prima sarcină terapeutică de tip comportamental a fost să intre în sala de ședințe (atunci când nu avea nimic de prezentat) și să observe

este de părere că învățarea relaxării și a imaginației dirijate îl poate ajuta pe client să-și îmbunătățească imaginea de sine, acesta eliberându-se astfel de îndoielile, temerile sau sentimentele de culpabilitate care însoțesc ruminarea unor amintiri trecute.

Supraîncordarea rezultă și din încercările subiectului de a controla aspecte greu de controlat sau chiar incontrolabile, cum ar fi, de pildă, comportamentul celorlalți. Un subiect relaxat va aprecia lucrurile așa cum sunt ele, fără a considera că ceilalți se comportă în mod deliberat pentru a-l enerva. Atitudinea relaxată este departe de a fi o atitudine pasivă. Dimpotrivă, este o atitudine eficientă care îl ajută pe subiect să se concentreze asupra lucrurilor importante și să le ignore pe cele care îl stresează sau îl blochează.

Specialiștii în psihoterapia cognitiv-comportamentală subliniază faptul că stările afective negative și comportamentele disfuncționale nu sunt determinate de factorii externi, ci de modul în care subiectul interpretează acțiunea acestora.

Astfel, clientul care rememorează permanent eșecurile și psihotraumele din trecut, trecând cu vederea aspectele pozitive, va suferi de anxietate, depresie și prezintă riscul de a deveni dependent de substanțe.

Gândirea negativă este caracterizată de prezența unor distorsionări cognitive descrise de întemeietorii psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Beck, 1979; Burns, 1989; Ellis, 1973).

Prezentăm mai jos câteva dintre acestea (după Melemis, 2010, pp. 32–33):

- gândirea dihotomică („alb–negru", „totul sau nimic"). Subiectul își spune în gând: „Dacă nu fac totul perfect, sunt un ratat".
- descalificarea pozitivului: „De-a lungul vieții nu am avut decât eșecuri, tuturor celorlalți le-a mers mai bine decât mie etc."
- etichetările cu conținut negativ: „Dacă ceilalți ar ști exact cum sunt eu, ei m-ar respinge pentru că sunt o nulitate".
- catastrofizarea: „Ceea ce mi s-a întâmplat este îngrozitor, oribil, teribil, nu pot să suport această situație".
- ghicirea viitorului: „Sunt convins de faptul că, dacă încerc ceva, sigur voi înregistra un eșec".

- nevoia excesivă de aprobare: este normal ca subiectul să depindă într-o oarecare măsură de opiniile celorlalți. Dar în cazul în care bună starea psihică depinde în totalitate de aprobarea altora, este evident că subiectul nu o va obține și va trăi stări de depresie și anxietate. Astfel de subiecți își spun în gând: „Sunt fericit atunci când ceilalți mă aprobă și mă agreează". În consecință, pot să apară și astfel de gânduri negative: „Dacă cineva este supărat pe mine, este sigur vina mea".
- citirea gândurilor: „Dacă cineva nu mi-a răspuns la salut, precis are ceva cu mine".
- imperativele categorice: „Dacă eu mă port frumos cu ceilalți, aceștia trebuie neapărat să se poarte la fel".
- renunțarea la trăirea în prezent: „Mă voi relaxa mai târziu, acum trebuie să termin ce am de făcut".
- ruminarea experiențelor negative din trecut: „Dacă voi analiza evenimentele negative petrecute în trecut, probabil mă voi simți mai bine".
- atitudinea pesimistă: „Nu cred că viața este făcută pentru ca omul să fie fericit", „Dacă mi se întâmplă un lucru bun, sigur voi plăti pentru aceasta".

Gândirea negativă se referă la cel puțin trei aspecte:

- lumea interioară: „Tuturor celorlalți le merge mai bine decât mie", „Ceilalți trebuie să se comporte exact așa cum doresc eu", „Lumea este plină de pericole";
- propria persoană: „Eu trebuie să fac totul perfect", „Sunt un ratat", „Nu sunt bun de nimic";
- viitorul: „Existența îmi va oferi numai lucruri rele", „Dacă se va întâmpla ceva, va fi cel mai rău lucru posibil", „Nu voi reuși niciodată să scap de depresie".

Studiu de caz

Ana, o cercetătoare în vârstă de 28 de ani, necăsătorită, este o perfecționistă. Ea a fost crescută într-o familie de profesori care i-au impus standarde foarte ridicate: „Trebuie să ai numai note de 10, să obții premii la olimpiadele de matematică, fizică, și engleză".

Ana a urmat o facultate tehnică în limba engleză și a terminat un masterat. Acum lucrează la o companie multinațională care o solicită foarte mult. Deși este bine apreciată, se simte mereu pe locul doi. De curând s-a înscris la un doctorat în străinătate, la distanță. Din cauza lipsei de timp, clienta s-a despărțit de prietenul ei la care ținea foarte mult.

Pe parcursul ultimelor luni, Ana nu și-a mai permis mai mult de 3–4 ore de somn, iar la un moment dat a încetat să mai doarmă.

Se simțea tot mai obosită și mai deprimată. Existența ei a devenit cenușie și a început să-și deteste serviciul și cercetările pentru doctorat, cercetări care înainte o pasionau foarte mult. La un moment dat, clienta a început să aibă atacuri de panică și, deși a făcut tot felul de investigații, nu s-a lăsat convinsă de faptul că nu suferă de o boală organică.

Ana s-a lăsat prinsă în capcana gândirii sale negative. Stilul de gândire „totul sau nimic" o determina să pună tot mai multă presiune pe propria persoană, să muncească din răsputeri, până la epuizare. Nu putea să conceapă să nu fie cea mai bună din colectivul ei sau să ia un calificativ mai slab la examenele de doctorat. Pe măsură ce devenea tot mai obosită și mai deprimată, Ana se concentra tot mai mult asupra eșecurilor trecute, ignorând succesele. La baza gândirii sale negative se afla stima de sine scăzută care o determina să depindă în permanență de ceilalți pentru a fi mulțumită. Pe zi ce trecea, Ana devenea tot mai pesimistă și mai anxioasă, ruminând gânduri negative legate de abandonarea doctoratului, de demisie și, în cele din urmă, de o posibilă boală gravă care îi va cauza invaliditatea sau chiar moartea.

Clienta a fost abordată terapeutic printr-o metodă ce combină psihoterapia cognitiv-comportamentală cu relaxarea, meditația și stabilirea unor obiective de viață mai realiste. Este de subliniat faptul că supraîncordarea și gândirea negativă se potențează reciproc. Astfel, de pildă, o persoană mânioasă are tendința de a descalifica pozitivul, în timp ce una anxioasă se va autoeticheta în termeni negativi.

Rolul relaxării în managementul stresului

Relaxarea reprezintă una dintre cele mai importante deprinderi de a face față stresului. Melemis (2010, p. 41) atrage atenția asupra faptului că este foarte greu ca o persoană să se relaxeze gândindu-se că trebuie să fie relaxată. „Cu cât cineva se străduiește mai mult să se relaxeze, cu atât va deveni mai încordat".

Secretul relaxării este ca subiectul să relaxeze corpul și mentalul și atunci se va relaxa în mod automat.

Relaxarea se realizează într-o poziție comodă, cu spatele drept (culcat sau așezat într-un fotoliu) și presupune concentrarea atenției asupra corpului propriu și respirație abdominală pe ritmul 1/2 (1 sau multipli inspirație, 2 sau multipli expirație).

Clientul este învățat să conștientizeze încordările sau tensiunile, fără a lupta împotriva lor sau a le analiza, lăsându-le să dispară ca de la sine.

Se recomandă practicarea exercițiilor de relaxare o dată sau de două ori pe zi, timp de 15–20 de minute. După ce și-a însușit o tehnică de relaxare cunoscută (antrenamentul autogen al lui Schultz sau relaxarea progresivă a lui Jacobson) se poate trece la practicarea unei tehnici mai speciale de conștientizare (*mindfulness*), care își are originea în meditația de tip oriental.

Subiectul care practică o tehnică de *mindfulness* va putea conștientiza starea de încordare și gândirea negativă încă de la începutul apariției acestora și le va lăsa să treacă fără a le evalua sau a lupta împotriva lor.

Conștientizarea supraîncordării

Recunoașterea faptului că subiectul este supraîncordat nu este un lucru ușor, deoarece acesta a petrecut mult timp ignorând sau negând această stare.

Primul pas în direcția conștientizării o reprezintă trăirea momentului prezent „aici și acum". Apoi subiectul este învățat să denumească motivele supraîncordării sale: „Simt o stare de teamă, o las să treacă".

În felul acesta, clientul se va obișnui să-și observe stările afective și gândurile fără a se lăsa prins în capcana acestora. Vor ieși la iveală temele majore ale gândirii negative și stările emoționale pe care aceasta le declanșează, teama, tristețea și resentimentele.

Gândurile și sentimentele care generează tensiuni nu trebuie analizate sau evaluate, ci doar identificate. Acestea pot să reprezinte temeri, resentimente, încercări de a controla aspecte incontrolabile sau rezultatul faptului că persoana nu este ancorată în prezent.

Supraîncordarea și tensiunea psihică nu țin de ceea ce s-a petrecut sau de ce s-a petrecut un anumit lucru, ci de faptul că subiectul nu a lăsat aceste trăiri să se ducă, să dispară.

Melemis (2010, p. 65) ne prezintă o străveche poveste budistă care ilustrează maniera în care gândurile și trăirile afective trebuie lăsate

să treacă: „Au fost odată doi călugări budiști care ieșiseră la plimbare. La un moment dat, aceștia au întâlnit o tânără femeie care nu putea să traverseze un râu deoarece puntea fusese ruptă. Unul dintre călugări a luat femeia în brațe și a ajutat-o să traverseze râul. Celălalt călugăr s-a indignat: «Cum ai putut să faci așa ceva? Cum de ai încălcat jurământul castității?»

Surprins, primul călugăr a spus: «Eu doar am ajutat-o să traverseze râul, tu de ce o mai cari și acum în brațe?»

Relaxarea trupului și minții reprezintă o modalitate prin care clientul se eliberează de supraîncordare și de gândirea negativă.

Cu ajutorul relaxării, subiectul poate detecta semnalele precoce ale supraîncordării înainte ca aceasta să aibă efecte nocive asupra organismului. În același timp, el învață să ia act de modul în care fracționează gândirea negativă.

În momentul în care clientul se confruntă cu o experiență negativă, acesta va fi capabil să conștientizeze tensiunile și alte efecte ale gândirii negative și să le lase să se ducă, fără a mai contribui la modificarea nivelului de stres.

O modalitate importantă a demersului de descărcare a tensiunilor constă în evitarea concentrării excesive asupra evenimentelor negative din trecut în favoarea trăirii în prezent, *aici și acum*, adoptând o atitudine nonevaluativă.

Relaxarea se combină în mod eficient cu restructurarea cognitivă specifică psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

Ideea de bază de la care pornește terapia cognitiv-comportamentală este aceea că individul uman are posibilitatea de a-și modifica stilul de gândire și, drept consecință, calitatea vieții. Strategia de bază a psihoterapiei cognitiv-comportamentale constă în monitorizarea gândurilor. Mai precis, subiectul învață să identifice, să analizeze și să combată gândurile negative automate, generatoare de stări afective disfuncționale și comportamente cu caracter dezadaptativ și apoi să le substituie cu unele alternative cu caracter realist.

Melemis (2010, pp. 92–93) ne prezintă un model de strategie specifică terapiei cognitiv-comportamentale, în zece trepte:

1. Situația: descrieți pe scurt situația despre care credeți că a generat stări afective negative.

„Am comis o greșeală mare la locul de muncă."

2. Gânduri inițiale care v-au trecut prin minte. Este vorba despre gânduri automate, cu caracter neconștientizat: „Sunt un ratat. Dacă oamenii ar afla cum sunt eu de fapt, ei m-ar respinge".

3. Identificați distorsionarea cognitivă care stă la baza gândului negativ automat: „Este vorba de descalificarea pozitivului și de etichetare".

4. Originile gândirii negative: există vreo convingere negativă profundă sau vreun sentiment de neîncredere sau teamă mai veche care stau la baza acestui mod de a gândi? Analizați aceste aspecte: „Aud cu urechile minții vocea mamei mele care îmi spunea tot timpul că nu sunt bun de nimic și că nu voi fi în stare să reușesc în viață".

5. Adresați provocări modului negativ de gândire, aducând argumente în favoarea și împotriva acestuia.

„Sunt prea exigent cu mine însumi. De-a lungul timpului, am avut și succese. Uneori nu am reușit ceea ce mi-am propus, alteori, da. Oamenii mi-au adresat adesea complimente pentru realizările mele. Atunci când încerc să fac totul perfect, mă simt depășit și dezamăgit de propria mea persoană."

6. Analizarea consecințelor modulului negativ de gândire. „Care sunt consecințele pe termen scurt și pe termen lung dacă eu continui să gândesc așa? Îmi subminez încrederea în mine. Dacă voi continua astfel, despresia și anxietatea mea vor afecta starea mea de sănătate și modul în care relaționez cu ceilalți. Mă voi simți în permanență obosit."

7. Modul alternativ de gândire:

Notați gândurile alternative realiste care le-ar putea înlocui pe cele negative. „Greșelile fac parte din viață. Nu mi se cere să am succes în toate domeniile. Este posibil să nu reușesc un anumit lucru, dar asta nu înseamnă că sunt un ratat. Am o serie de abilități și disponibilități pe care le-am ignorat până acum. Trebuie să învăț din greșelile mele și să merg mai departe. Nu am nimic de câștigat dacă sunt prea exigent cu mine însumi."

8. Elaborarea unor convingeri alternative. Notați o afirmație sau mai multe care să reflecte convingerile alternative mai realiste și repetați-le de mai multe ori:

„Am succes în multe domenii".

„Doamne, dă-mi seninătatea de a accepta lucrurile care nu se pot schimba, curajul de a le schimba pe cele care pot fi schimbate și

VI
Strategii terapeutice complexe de optimizare a calității vieții

Melemis (2010) subliniază faptul că, pentru a ameliora calitatea vieții, subiectul trebuie să înceapă cu sine însuși. Este evident faptul că și factorii externi joacă un rol în bună starea psihică a omului, dar majoritatea acestora sunt dificil sau chiar imposibil de modificat.

Autorul (Melemis, 2010, p. 13) propune cinci etape ale schimbării:

- fiți pregătiți pentru schimbare;
- identificați acele aspecte care trebuie schimbate;
- renunțați la vechile deprinderi pentru a face loc schimbării;
- achiziționați noi deprinderi de a face față situațiilor de viață;
- încorporați noile elemente care reprezintă rezultatul schimbării în existența actuală.

Clientul este sfătuit să nu se teamă de introspecție și autoanaliză și să înceapă demersul de schimbare cu pași mici, evitând modul de abordare bazat pe principiul „totul sau nimic".

Melemis (2010, p. 14) este de părere că stările afective, stresante, negative, care generează și stilul negativ de gândire reprezintă cele mai importante aspecte care trebuie modificate pentru ca existența subiectului să fie una mai bună.

Stările afective disfuncționale sunt anxietatea, depresia, resentimentele, iritarea și frustrarea care rezultă în urma rememorării evenimentelor nefericite din trecut sau a imageriei referitoare la lucrurile negative care vor avea loc în viitor. Gândirea negativă are la bază distorsionările cognitive cum ar fi tendința spre perfecționism, gândirea dihotomică („totul sau nimic"), personalizarea, blamarea sau descalificarea pozitivului.

cum ceilalți iau cuvântul fără a se emoționa. În continuare, clienta a fost dirijată să identifice vorbirea interioară cu conținut anxiogen:

„Mă voi înroși, voi transpira și mintea mea se va bloca. Toți se vor uita la mine și vor crede că este ceva în neregulă cu mine". Aceste gânduri au fost combătute prin tehnici cognitiv-comportamentale și înlocuite cu unele mai realiste:

„Am mai vorbit și altă dată în public la liceu, la facultate, la serviciu și, deși am avut emoții, m-am descurcat bine".

Clienta și-a însușit o tehnică de relaxare inspirată din antrenamentul autogen Schultz și respirația abdominală controlată.

A fost alcătuită apoi ierarhia de situații progresiv tot mai anxiogene:

- să scrie la calculator raportul săptămânal;
- să-l citească acasă cu voce tare în fața soțului și fiicei;
- să intre în sala de ședințe la alte întâlniri la care nu era obligată să ia cuvântul;
- să ia cuvântul pe marginea expunerii unui coleg;
- să prezinte raportul vineri, în fața unui colectiv restrâns;
- să prezinte un material în fața șefului direct;
- să prezinte raportul în fața comitetului director al băncii.

Aceste etape au fost exersate în stare de relaxare în cabinetul de psihoterapie și puse apoi în practică în plan real. Înainte de fiecare expunere, clienta trebuia să facă o scurtă relaxare cu respirație abdominală controlată.

Orice plan de schimbare trebuie să includă anumite tehnici de management al stresului, tehnici care să-l ajute pe client să renunțe la vechile deprinderi cu caracter dezadaptativ și să acumuleze altele care să-i asigure o adaptare mai eficientă și mai flexibilă.

Aceste deprinderi sunt următoarele (Melemis, 2010):

- relaxarea;
- grija sporită față de propria persoană;
- renunțarea la gândirea negativă și înlocuirea ei cu una realistă.

Melemis (2010, p. 22) subliniază faptul că supraîncordarea psihică are cel puțin patru cauze:

- absența trăirii în prezent („aici și acum");
- resentimentele;
- fricile și anxietatea;
- încercările de a controla aspectele incontrolabile ale existenței.

Supraîncordarea reprezintă răspunsul organismului la factorii stresanți externi care provin din ambianță. Aceasta din urmă este mult mai importantă sub aspect terapeutic deoarece are un caracter controlabil.

Obiectul programelor de management al stresului nu se referă în mod special la schimbarea împrejurărilor exterioare, ci la reacțiile subiecților față de acestea. Fiecare individ are o reacție individuală la stres, unele persoane reușind mai ușor să depășească situațiile psihotraumatizante, în timp ce alții au tendința de a le internaliza.

Melemis (2010, p. 22) afirmă faptul că subiectul care nu trăiește în prezent este mult mai stresat, deoarece acesta fie rememorează evenimente trecute (de regulă negative), fie își face griji cu privire la viitor.

Înțelegerea trecutului este necesară până la un punct, dar ruminarea excesivă a acestuia nu face decât să accentueze stresul și supraîncordarea.

La fel de neproductivă este și preocuparea anxioasă cu privire la viitor, mai ales că majoritatea oamenilor se îngrijorează de situații și fenomene care nu se vor produce niciodată. Există o mare diferență între pregătirea pentru viitor și îngrijorările referitoare la acesta.

O altă modalitate prin care subiectul nu trăiește în prezent o reprezintă încercarea de a face mai multe lucruri în același timp, fără să se bucure de niciunul. O persoană care procedează astfel trăiește cu ideea că niciodată nu a realizat suficiente lucruri, la sfârșitul zilei este epuizată și nu mai poate savura satisfacția obiectivelor îndeplinite.

Clientul care nu este ancorat în realitate, *aici și acum*, are impresia că supraviețuiește în loc să trăiască (Melemis, 2010, p. 23).

Resentimentele contribuie, la rândul lor, la apariția și menținerea stresului. Acestea se referă cel mai frecvent la persoanele apropiate care ne-au dezamăgit sau rănit. Melemis (2010) compară resentimentele cu o poțiune otrăvită pe care subiectul o bea în speranța că ceilalți vor fi afectați. Dar, cu cât nutrește mai multe resentimente, cu atât subiectul se intoxică pe sine și adversarul său nu are decât de câștigat.

Subiecții țin de cele mai multe ori la resentimentele lor, ca și cum acestea ar fi niște comori și nu niște stări afective toxice.

Astfel, un resentiment minor ne poate strica întreaga zi, în timp ce unul ceva mai important ne poate otrăvi întreaga existență. Renunțarea la resentimente nu înseamnă neapărat iertarea celeilalte persoane, și nici negarea sau reprimarea stării afective negative.

Subiectul trebuie să conștientizeze conflictul care a avut loc și să renunțe la resentimente doar pentru că acestea îi fac rău lui și nu celui care l-a rănit.

Tendința de a-i judeca pe ceilalți reprezintă o formă subtilă de a nutri resentimente. Judecățile de valoare diferă aparent de resentimente, ele fiind mai ușor de justificat deoarece subiectul crede că el are dreptate și celălalt greșește. Dar, indiferent câtă dreptate ar avea, atitudinea evaluativă va avea același rezultat ca și resentimentele: îl va face pe individ să se simtă rău.

Atitudinea nonevaluativă nu înseamnă neapărat că suntem de acord cu celălalt, ci doar că nu dorim să ne cheltuim energia psihică pentru lucruri care nu pot fi schimbate. Anxietatea și fricile reprezintă, la rândul lor, un obstacol în calea unui stil de viață sănătos și eficient.

Oamenii se tem de moarte, de boală, de necunoscut, de eșec sau de critica altor persoane.

Teama de evaluare își are originea în criticile frecvente aduse de către părinți copiilor în dorința de a-i educa.

Dacă aceste critici sunt excesive, ajuns la vârsta adultă, subiectul începe să fie convins de adevărul acestora și va dezvolta o imagine de sine bazată pe nesiguranță și stimă de sine scăzută. Melemis (2010)

înțelepciunea de a sesiza diferența dintre ele" (după Melemis, 2010, p. 94).

9. Planul de acțiune. Ce acțiuni puteți întreprinde pentru a susține noul mod de gândire?

„Voi marca toate succesele mele și mă voi concentra asupra pozitivului. Dacă voi mai greși în viitor, nu mă voi concentra asupra erorii mele, ci asupra a ceea ce am de învățat din aceasta."

10. Monitorizarea programului: „Dacă vă simțiți mai bine, mai optimist, acest lucru reprezintă un indiciu că modificarea modului de gândire conduce la schimbarea dispoziției afective. Treptat, modul de gândire și existența voastră se vor schimba".

Așa cum am subliniat mai sus, combinația dintre relaxare și psihoterapia cognitiv-comportamentală este foarte eficientă pentru că relaxarea îl ajută pe client să se elibereze de supraîncordare și gânduri negative, în timp ce terapia cognitiv-comportamentală contribuie la ameliorarea și înțelegerea problemelor.

Reamintim faptul că relaxarea este mai indicată în cazul în care subiectul a înțeles natura problemei, în timp ce abordarea cognitiv–comportamentală este prioritară atunci când clientul nu sesizează imediat modul în care gândirea sa negativă este cea care contribuie la apariția și menținerea problemei.

Melemis (2010, pp. 97–98) subliniază faptul că unele dintre modelele de gândire negativă întâlnite mai frecvent în cultura occidentală nu sunt altceva decât distorsionările cognitive sau erorile de logică descrise de Beck și Burns (1979).

Convingerile negative disfuncționale se formează în copilărie în urma interacțiunilor cu persoanele semnificative.

Unul dintre postulatele de bază ale multor școli de psihoterapie constau în aceea că adulții reconstruiesc experiențele negative trăite în copilărie. De exemplu, o persoană care a crescut într-un mediu perfecționist nu se va simți suficient de iubită și apreciată, în timp ce o alta care a fost permanent criticată va privi realitatea în culori extreme.

Studiu de caz

Cornelia, o economistă în vârstă de 29 de ani, este fiica unui cunoscut profesor universitar, care o iubea mult, dar obișnuia să o critice.

Cornelia lucra la o bancă multinațională și era foarte amabilă cu toți șefii și colegii ei, în schimb, era extrem de exigentă cu fiica ei în vârstă de 8 ani, pe care o critica tot timpul și o obliga să exceleze la școală, la balet, la pian, la limba engleză și la germană.

Din nefericire, exigențele prea mari și criticile excesive au dat exact rezultatul contrar: fetița avea rezultate tot mai slabe la învățătură, plângea tot timpul și refuza să mai participe la activitățile extrașcolare.

Stilul de gândire al Corneliei este perfecționist, de tipul „totul sau nimic". Dacă fiica ei nu era premiantă și olimpică la toate activitățile, Cornelia se simțea dezamăgită și o critica mereu.

În urma terapiei, clienta a conștientizat acest mod de gândire și a reușit să surprindă gândurile negative înainte de a interacționa cu fiica ei. Ea a realizat faptul că fiica ei nu trebuia neapărat să fie perfectă pentru a avea succes și a încetat să mai exercite presiuni asupra acesteia. Fetița a renunțat la pian și la limba germană și, treptat, comportamentul ei și performanțele școlare s-au ameliorat.

Prezentăm mai jos un model de abordare cognitiv-comportamentală utilizat în cazul unui subiect care utilizează etichetările cu conținut negativ referitoare la propria persoană (după Melemis, 2010, pp. 100–101):

1. Situația: „Un necunoscut a fost nepoliticos cu mine".

2. Gând negativ inițial: „Oamenii sunt nepoliticoși cu mine pentru că sunt o ființă slabă".

3. Identificarea distorsionării cognitive: „Este vorba de o autoetichetare cu conținut negativ".

4. Identificarea sursei convingerii negative: „Îmi aduc aminte că ceilalți copii râdeau de mine când eram la grădiniță".

5. Contraargumentarea și lupta împotriva gândurilor și convingerilor negative: „Persoanele care sunt nepoliticoase cu mine sunt de regulă nepoliticoase și cu ceilalți. Mulți oameni s-au purtat frumos cu mine în mod spontan. Nu trebuie să acord atenție atât de mare comportamentului unei singure persoane. De unde să știu ce probleme are persoana respectivă? Nu sunt un om slab. Mă lupt pentru convingerile mele".

6. Analiza consecințelor: „Dacă depind de comportamentul celorlalți, voi deveni o victimă sigură. Voi fi ca o minge de ping-pong, aruncată de colo-colo".

Gândurile și convingerile alternative trebuie notate într-un jurnal și repetate de cât mai multe ori. Dacă această repetare se realizează și în stare de relaxare sau de transă hipnotică, succesele sunt mai rapide și mai stabile.

Melemis (2010, p. 107) ne prezintă un model de abordare cognitiv-comportamentală pentru persoanele care nu știu să spună „nu" și care se ocupă de ceilalți, neglijându-și propriile nevoi.

Aceste persoane fac tot posibilul să-i satisfacă pe ceilalți, iar la sfârșitul unei zile sunt răpuse de oboseală. Acest model de viață conduce adesea la anxietate, depresie și adicție.

În ceea ce privește gândirea negativă, acești subiecți au cel puțin trei tipuri de distorsionări cognitive:

- *gândirea dihotomică*: „Nu te poți odihni decât atunci când ai terminat tot ce ai de făcut și ceilalți sunt relaxați și mulțumiți".
- *etichetarea negativă a propriei persoane*: clienții se pun totdeauna pe ei înșiși pe ultimul loc pentru că sunt convinși că ei nu valorează nimic.
- *subiecții care își aleg ca mod de viață să aibă grijă de ceilalți* au o nevoie excesivă de aprobare și de dragoste.

Cauzele modului negativ de gândire: persoanele care îi pun pe ceilalți pe primul plan au fost învățate că a avea grijă de ele însele reprezintă un semn de egoism. Ele provin de regulă din familiii problematice în care domnesc teama și anxietatea, și încearcă să compenseze acest lucru asigurând un control exagerat asupra aspectelor exterioare ale existenței lor.

Combaterea modului negativ de gândire: „Este bine, pe termen lung, pentru tine sau pentru ceilalți, să te ocupi de aceștia și să te neglijezi pe tine?"

Este o mare diferență între egoism și grija față de propria persoană, „egoismul înseamnă să iei de la viață mai mult decât ai nevoie, în timp ce grija față de sine înseamnă să obții exact ceea ce ai nevoie". A avea grijă de ceilalți reprezintă un lucru pozitiv, dar este nevoie de un echilibru între propriile dorințe și nevoi personale și cele ale altora. Cei care îi pun pe ceilalți pe primul plan își condiționează prea mult fericirea proprie de fericirea altora.

Modalitatea alternativă de gândire: pentru a renunța la acest stil defectuos de relaționare interpersonală, subiectul trebuie mai întâi să

înțeleagă diferența dintre egoism și grija față de propria persoană. Un subiect care nu se poate relaxa nu va avea la un moment dat nici energia suficientă de a se ocupa de alții.

Convingere realistă alternativă: grija față de sine nu este sinonimă cu egoismul.

Exemplu: „Trebuie să mă ocup și de mine pentru a rămâne în formă".

Planul de acțiune: subiectul trebuie să-i pregătească pe membrii familiei pentru această schimbare astfel încât aceștia din urmă să nu fie surprinși și să nu se comporte în așa fel încât să-i activeze sentimente de culpabilitate.

Subiectul în cauză trebuie să le spună membrilor familiei că se simte obosit și că are nevoie de puțin timp pentru el. Demersul de schimbare trebuie să înceapă cu un lucru neînsemnat care îi face plăcere și pe care îl realizează pentru el însuși.

În acest context, psihoterapia cognitiv-comportamentală beneficiază foarte mult dacă este combinată cu o tehnică de relaxare.

Abordarea cognitivă presupune introspecție și reflecție, acest lucru fiind mult mai dificil de realizat atunci când persoana este încordată. În stare de relaxare, subiectul va conștientiza mai ușor modul în care funcționează gândirea negativă.

De asemenea, în stare de relaxare pot fi implementate mai ușor noile gânduri și convingeri alternative, realiste, sub formă de autosugestie sau scenarii de antrenament mental.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală acceptă ideea că evenimentele psihotraumatizante din trecut trebuie analizate, dar consideră neproductivă concentrarea exagerată asupra acestora, care îl face pe subiect să fie mai încordat și mai nefericit. Din acest motiv, terapia cognitiv-comportamentală ghidează clientul să lase în urmă trecutul și să-și modifice modul de gândire din prezent.

În același fel, relaxarea îl ajută pe client să trăiască în prezent, *aici și acum*.

Renunțarea la descoperirea cauzelor trecute ale unor situații negative este foarte bine ilustrată într-o străveche parabolă orientală (după Melemis, p. 113):

> „Un bărbat se plimba prin pădure împreună cu un prieten. La un moment dat, acesta a fost rănit de o săgeată otrăvită. Prietenul său l-a dus repede la vraci pentru a-l trata, dar bărbatul

l-a oprit pe acesta din urmă, spunând că înainte de a fi tratat ar dori să știe cine și de ce a tras în el. Dacă vraciul l-ar fi ascultat, probabil omul ar fi murit înainte de a afla toate acestea. Pentru a supraviețui, omul a trebuit să renunțe la aceste preocupări și să lase vraciul să-l vindece".

Model de psihoterapie scurtă pentru ameliorarea stimei de sine

Melemis (2010) subliniază faptul că starea de bine psihic începe cu dezvoltarea sentimentului valorii personale. Înainte de a modifica ceva în existența sa, subiectul trebuie să înceapă cu el însuși pentru că dacă el nu se simte bine „în pielea proprie" nu se va putea bucura de viață, indiferent cât de bună este aceasta.

Stima de sine reprezintă o combinație de autoeficiență și autorespect (Branden, 1995).

Autoeficiența se referă la încrederea clientului că va fi capabil să facă față tuturor provocărilor existenței și că are ceva valoros de făcut pe această lume. Autorespectul reprezintă încrederea subiectului că merită să fie fericit și că ceilalți oameni nu trebuie să comită erori pentru ca subiectul să se simtă mulțumit de sine.

Una dintre cauzele stimei de sine scăzute (Melemis, 2010, p. 124) este reprezentată de criticile cu caracter distructiv pe care le-a suportat clientul în copilărie și chiar mai târziu.

Critica adusă în doze mici și referitoare la aspecte reale poate fi constructivă deoarece îl determină pe subiect să se schimbe, în timp ce critica în exces îl demobilizează.

Persoanele expuse criticilor cu caracter distructiv adesea internalizează aceste afirmații și dezvoltă o stare de anxietate referitoare la faptul că nu sunt valoroase și că ceilalți oameni le vor judeca aspru. Astfel se formează gândirea negativă specifică persoanelor depresive și anxioase. Dacă unui subiect i s-a spus în copilărie că este o persoană lipsită de valoare, acesta va tinde să ignore aspectele pozitive din cadrul existenței sale și se va eticheta ca fiind „un ratat".

Chiar și persoanele care au succese în viață pot suferi de stimă de sine scăzută, ceea ce le face să nu se poată bucura de succesele lor. Stima de sine scăzută conduce la anxietate, depresie și chiar la dependența de substanțe.

De pildă, dacă cineva și-a trăit primii ani de viață cu teama de a nu-i dezamăgi pe ceilalți, persoana va deveni anxioasă la vârsta adultă, uneori chiar fără să realizeze acest lucru. În același fel, unei

persoane căreia i s-a spus mereu că nu va face față încercărilor existenței, prezența sentimentelor de inutilitate și a lipsei de speranță îi vor aduce o permanentă disfuncționalitate. Acești clienți vor fi tentați să abuzeze de alcool și droguri pentru a se elibera de starea de disconfort permanent.

Încercările de ameliorare a imaginii de sine prin hiperactivitate și perfecționism nu vor duce decât la escaladarea gândirii negative de tip dihotomic „totul sau nimic".

Melemis (2010, p. 127) recomandă clienților cu stimă de sine scăzută următorul exercițiu:

> „Realizați o listă a temerilor care vă subminează stima de sine: Vă temeți de ceea ce vor crede ceilalți despre voi? Vă temeți că veți fi criticat? Vă temeți că îi veți dezamăgi pe ceilalți, că veți fi lovit, abandonat sau că nu veți fi iubit?
>
> Notați originile temerilor voastre:
> - Ați crescut într-o familie excesiv de critică, lipsită de căldură și afecțiune, greu de mulțumit?
> - Ați crescut într-o familie dezorganizată, imprevizibilă, astfel încât nu v-ați simțit niciodată în siguranță?
> - Ați învățat să vă temeți în școală deoarece profesorii voștri au fost prea exigenți? etc.".

Notați gândurile negative care vă vin în minte într-o anumită situație și demarați procedura cognitivă de combatere și înlocuire a acestora, după următorul model propus de Melemis (2010) și adaptat de noi (Holdevici, Crăciun, 2014).

- Situație: „Nu cred că voi reuși să fac față tuturor solicitărilor de la noul loc de muncă".
- Gânduri negative automate: „Mă simt depășit. Nu voi putea să duc la bun sfârșit toate sarcinile la nivel ridicat. Sunt un ratat".
- Distorsionările cognitive — gândire de tipul „totul sau nimic", etichetare.
- Originile convingerilor negative: „În copilărie, părinții au avut așteptări foarte mari de la mine. Am fost criticat pentru cea mai mică greșeală".

- Combaterea gândurilor și convingerilor negative disfuncționale: „Conștientizez faptul că părinții nu mă criticau din rea-voință, ci doar ca să mă motiveze. Cred că a sosit timpul să renunț la aceste convingeri. Gândirea de tip *totul sau nimic* sau etichetările sunt contraproductive. Ar fi de dorit să adopt o atitudine mai moderată, care m-ar ajuta să lucrez mai eficient".
- Analizarea consecințelor stilului de gândire: „Dacă voi continua să gândesc astfel, voi fi blocat de propria mea gândire și nu voi fi capabil să progresez în viață".

• Gânduri alternative cu caracter situațional: „A realiza un lucru mai puțin perfect nu reprezintă un eșec total. Renunțarea la tendințele perfecționiste mă va face mai eficient și mai puțin nefericit".
• Convingeri și atitudini realiste, alternative: „Am decis să fiu fericit și împlinit renunțând la perfecționism. Voi alege *calea de mijloc*".
• Plan de acțiune: „Voi începe cu sarcini de importanță mai redusă pe care mă voi mulțumi să le îndeplinesc în proporție de 80%. Mai târziu, voi mai încerca și altceva".

Melemis (2010, p. 128) este de părere că psihoterapia cognitiv-comportamentală în varianta sa clasică nu este suficientă pentru a-l ajuta pe client să se elibereze de tulburările sale emoționale.

Efecte mai rapide și mai stabile vor fi obținute dacă se realizează combinația dintre tehnicile cognitiv-comportamentale și relaxare.

Astfel, relaxarea poate ajuta demersul psihoterapeutic în mai multe feluri: în primul rând, aceasta contribuie la o mai eficientă conștientizare a fricilor și gândurilor negative (temerile distrag atenția clientului care încearcă să se relaxeze, îi vin în minte de obicei amintiri legate de criticile suferite în trecut, este prea grăbit sau are impresia că cineva îl evaluează în permanență etc.).

Odată identificate temerile, relaxarea îl ajută pe client să se debaraseze de acestea, lăsându-le să treacă așa cum propune tehnica meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*). Mai mult, în stare de relaxare, subiectul își poate dezvolta și antrena o bună imagine de sine prin metoda imaginației dirijate și autosugestiilor cu caracter constructiv.

De asemenea, ancorarea în prezent, *aici și acum*, stopează fluxul amintirilor cu conținut negativ, psihotraumatizant.

Așa cum repetarea mesajelor negative contribuie la subminarea stimei de sine, respectarea unor alternative pozitive conduce la ameliorarea imaginii de sine.

Studiu de caz

Manuela, o traducătoare în vârstă de 32 de ani, căsătorită cu un om de afaceri de succes, a fost crescută într-o familie extrem de exigentă și critică. Mama, profesoară de liceu, o certa pentru fiecare notă mai mică de 10. Tatăl, profesor universitar, o ignora atunci când nu avea rezultate bune la învățătură.

Manuela a urmat filologia, limba engleză și arabă, cu rezultate strălucite, dar se îndoia în permanență de valoarea ei personală, inclusiv ca femeie. După fiecare succes se bucura câteva zile, după care redevenea depresivă și anxioasă. Starea ei psihică s-a înrăutățit după ce soțul ei a progresat în afaceri și nu a mai avut aproape deloc timp pentru familie. Manuela a început să abuzeze de alcool și la un moment dat a renunțat la serviciu, începând să facă traduceri acasă.

Manuela se temea în permanență că oamenii vor afla cum este ea cu adevărat și se întreba de ce mai stă soțul ei cu o astfel de „persoană lipsită de valoare".

Clienta a urmat programul de terapie cognitiv-comportamentală combinat cu tehnici de relaxare și meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*).

Treptat, starea ei s-a ameliorat, a renunțat la abuzul de alcool, s-a înscris la un curs de dans și a acceptat o jumătate de normă la un centru de pregătire pentru adulți. Programul de psihoterapie a durat 4 luni, în prima lună frecvența ședințelor fiind de câte două pe săptămână, ulterior clienta lucrând o dată pe săptămână.

Model de psihoterapie scurtă pentru ameliorarea stării de sănătate

Legătura strânsă dintre fizic și psihic se reflectă cel mai bine atunci când analizăm efectele supraîncordării asupra stării de sănătate. Melemis (2010, p. 131) descrie un studiu recent realizat de cercetătorii americani în care s-a demonstrat faptul că mamele ai căror copii suferă de boli cronice au un ADN mai îmbătrânit decât mamele care aparțineau lotului-martor.

Aceste studii conduc la concluzii îngrijorătoare. Astfel, dacă celulele din cadrul vaselor sangvine îmbătrânesc prematur, subiectul poate dezvolta o boală cardiovasculară, iar dacă celulele specifice sistemului imunitar îmbătrânesc timpuriu, poate apărea orice afecțiune, de la pneumonie până la cancer.

7. Gânduri alternative: „Oamenii pot fi nepoliticoși din cauza problemelor personale. Cei care îi lovesc pe ceilalți fac asta de obicei. Nu voi acorda o atenție exagerată lipsei lor de educație. Nu voi retrăi la nesfârșit evenimentul respectiv și nu-mi voi mai consuma energia pentru asta".

8. Convingeri alternative realiste: „Voi adopta o atitudine de compasiune și toleranță. Este un lucru bun și pentru mine și pentru ceilalți".

9. Plan de acțiune: „Data viitoare când cineva se va mai comporta în mod nepoliticos cu mine, îmi voi reaminti de faptul că ceilalți pot fi supraîncordați din cauza problemelor personale. Voi trece peste asta și îmi voi continua viața".

Una dintre particularitățile gândirii negative este caracterul ei absolutist, care îl împiedică pe client să vadă și alternative într-o situație dată.

Melemis (2010, pp. 103–104) prezintă o serie de întrebări cu ajutorul cărora gândurile negative pot fi provocate și apoi combătute:

- „Ai mai trecut printr-o situație similară? Ce anume ai învățat din asta?"

  De exemplu, clientul poate fi ghidat să-și amintească situațiile din trecut în care a crezut că cel mai rău lucru din lume se va întâmpla și prezicerile sale nu s-au confirmat.
- „De câte ori lucrurile de care vă temeți cel mai mult s-au și petrecut cu adevărat?"

  (Răspunsuri: de cele mai multe ori, adesea, rareori).

  Gândirea negativă îmbracă adesea forme dihotomice („totul sau nimic"). Astfel că, dacă cineva a avut un eșec la un interviu de ocupare a unui post, acesta va trage concluzia că va avea eșecuri tot timpul de aici înainte, ceea ce nu este adevărat.
- „Care sunt disponibilitățile de a face față unei situații pe care le ignorați? Poate vă etichetați în mod negativ, așa cum au făcut-o părinții voștri, sau poate considerați că nu veți supraviețui unei despărțiri? Reamintiți-vă faptul că, oricât de anxioși ați fost într-o anumită situație, totuși ați reușit cumva să-i faceți față".

- „Atunci când nu ați fost anxioși sau depresivi, cum ați făcut față situației respective? Poate că ați privit-o dintr-o altă perspectivă!"
- „Oare, cumva, nu luați în considerare toate aspectele problemei cu care vă confruntați? Modalitatea negativă de gândire vă determină să ignorați acele elemente care *nu vin* în sprijinul acestui tip de gândire, acordând o atenție exagerată argumentelor care vin în sprijinul ei. Acest mod de abordare conduce la distorsionarea datelor realității și vă determină să credeți că lucrurile stau mai rău decât în realitate."
- „Dacă o persoană apropiată s-ar afla în situația respectivă, ce sfat i-ați da? Probabil i-ați spune să se relaxeze și să nu-și facă atât de multe griji sau ați întreba-o de ce este atât de exigentă cu sine însăși?"
- „Vă ajută modul negativ de gândire să vă simțiți mai bine?"

Autorul recomandă în continuare:

„În cazul în care răspunsurile la întrebările de mai sus nu v-au convins în suficientă măsură, realizați un mic experiment. Presupuneți că sunteți atât de deprimat, încât sunteți un ratat și nimic din ceea ce faceți nu este bine. Notați într-un jurnal toate activitățile cotidiene în care ați avut succes sau măcar un succes parțial timp de o săptămână sau o lună. Analizați apoi consecințele pe termen scurt și pe termen lung ale modului negativ de gândire".

De exemplu, modul de gândire dihotomic îl determină pe subiect să nu ia în considerare decât schimbările majore, ceea ce conduce la blocarea demersului de schimbare. De asemenea, acest mod de a vedea lucrurile creează clientului expectații nerealiste referitoare la faptul că trebuie să depășească foarte rapid sau imediat un episod în care a trăit o stare afectivă negativă. O astfel de convingere devine un nou obstacol în calea progresului. Odată identificate și combătute, gândurile și convingerile negative trebuie înlocuite cu unele mai realiste, alternative.

În această etapă a demersului psihoterapeutic, relaxarea este deosebit de utilă, pentru că o persoană destinsă găsește mai ușor răspunsul potrivit la problemele sale.

Una dintre soluțiile la această problemă este practicarea relaxării care contribuie la ameliorarea sau chiar vindecarea unor numeroase afecțiuni cum ar fi hipertensiunea arterială, migrenele, fibromialgia, sindromul colonului iritabil, astmul bronșic sau aritmia cardiacă (Walton, Schneider, Nidich, Salemo, Nordstrom și Merz, 2002).

Supraîncordarea cu caracter cronic secătuiește resursele fizice și psihice ale organismului, lăsând organismul fără apărare în fața îmbolnăvirilor.

Consecințele acesei supraîncordări se manifestă atât în plan fizic, cât și psihic. Subiectul se simte epuizat, deprimat, iar interesele sale se reduc în mod semnificativ.

În plan fizic, pot să apară dureri în zona cefei, gâtului, umerilor, spatelui, membrelor, dureri de cap, bruxism (scrâșnitul dinților), tinitus (vâjâit în urechi), hipertensiune arterială, aritmii, ulcer gastric, sindromul colonului iritabil, dureri diverse, flatulență, prurit, psoriazis etc.

Un studiu al unor cercetători britanici, realizat pe 192 de subiecți de ambele sexe, persoane hipertensive, a fost derulat în modul următor: subiecții hipertensivi au fost împărțiți aleatoriu în două grupe. Ambele grupe au urmat o dietă săracă în grăsimi animale și au renunțat la fumat. Grupul experimental a urmat și un program de 8 săptămâni de relaxare. La sfârșitul celor 8 săptămâni, tensiunea arterială a scăzut semnificativ la persoanele care au alcătuit grupul experimental. La acești subiecți, rezultatele s-au menținut și în următoarele luni. Mai mult, după 4 ani, subiecții din cadrul grupului experimental au avut o rată mult mai scăzută a bolilor cardiovasculare precum și a deceselor cauzate de acestea (Patel, Marmot, Terry, Carruthers, Hunt și Patel, 1985).

O altă cercetare, realizată de Asociația Americană pentru studiul Inimii, a demonstrat faptul că practicarea relaxării conduce chiar la o ameliorare a simptomelor arterosclerozei (Castillo-Richmond *et al.*, 2000).

Acest efect se datorează reducerii hormonilor de stres cum ar fi adrenalina și cortizolul, hormoni ce contribuie la apariția arterosclerozei. În același timp, relaxarea contribuie la reducerea tensiunii arteriale, tensiune care conduce la arterosclerozâ.

Un alt studiu, realizat la Universitatea din Wisconsin (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli și Sheridan, 2003), a evidențiat faptul că practicarea relaxării și meditației bazate

pe conștientizare (*mindfulness*) contribuie la întărirea sistemului imunitar al subiecților. Indicatorul luat în considerare a fost reacția organismului la vaccinul antigripal.

Alte studii au demonstrat faptul că subiecții care practică cu regularitate meditația au o activitate sporită în zona corticală, responsabilă de emoțiile pozitive, care contribuie la întărirea sistemului imunitar.

Practicarea relaxării contribuie și la combaterea durerii. Durerea are două componente, una fizică și una psihologică. Aceasta din urmă se referă la faptul că subiectul se teme că va suferi și mai multă durere, producând chiar mai mult disconfort decât durerea fizică propriu-zisă (Berns, Chappelow, Cekic *et al.*, 2006).

Relaxarea acționează în același mod ca și morfina, eliberând endorfine care anulează componenta psihică a durerii.

Prezentăm în continuare un exercițiu de relaxare–conștientizare pentru reducerea durerii fizice (adaptat după Melemis, 2010, p. 136). Autorul recomandă subiecților să ceară avizul medicului specialist pentru a practica acest exercițiu, deoarece durerea reprezintă un semnal pentru organism și înlăturarea ei poate lăsa un proces fiziopatologic să evolueze în absența tratamentului de specialitate.

Instructajul administrat clientului este următorul:

> „Practicați mai multe zile relaxarea musculară timp de 20 de minute. Adoptați apoi din nou poziția de relaxare comodă și alegeți o senzație dureroasă minoră pe care ați dori să o înlăturați. Concentrați-vă atenția asupra durerii, fără să încercați s-o eliminați sau să o ignorați, deoarece nu veți face decât să amplificați componenta psihologică a durerii. Observați cu atenție cum se manifestă senzația dureroasă. Nu vă gândiți la durere, doar trăiți durerea. În cazul în care deveniți nervos, agitat sau depășit de durere, readuceți atenția asupra respirației. Atunci când vă simțiți pregătit, reveniți și concentrați-vă atenția în centrul zonei dureroase. Imaginați-vă apoi că musculatura și ligamentele din zona dureroasă se relaxează, eliminând tensiunea. Imaginați-vă că o lumină albă, strălucitoare, cuprinde regiunea dureroasă, înlocuind durerea. Ori de câte ori vă simțiți depășiți de situație, reveniți în centrul ființei voastre".

Relaxarea musculară și-a dovedit utilitatea atât în tratamentul durerilor acute, cât și în cele cronice. În 1985, Kabat-Zinn, Lipworth

și Burney au realizat un studiu pe 180 de pacienți cu dureri cronice care au primit medicație de specialitate. Jumătate dintre subiecți au urmat și un program de 10 săptămâni de relaxare bazată pe conștientizare. Aproape imediat după începerea exercițiilor de relaxare, grupul experimental a avut nevoie de mai puțină medicație analgezică. După 15 luni, la acest grup durerea s-a redus în mod semnificativ, ca și depresia și anxietatea.

O sinteză bazată pe un număr de 28 de studii a evidențiat faptul că relaxarea bazată pe conștientizare (*mindfulness*) reprezintă un tratament eficient pentru reducerea durerilor de cap, a durerilor cronice ale coloanei vertebrale, precum și a durerilor pacienților care suferă de cancer (Bohlmeijer, Prenger, Taal și Cuijpers, 2010).

Tehnicile de relaxare și conștientizare (*mindfulness*) contribuie la ameliorarea somnului (Carlson și Garland, 2005). Multe persoane se plâng de dificultăți de adormire, trezire timpurie și/sau senzație de oboseală la trezire. Practicarea unui exercițiu de relaxare înainte de culcare va avea ca efect un somn profund și odihnitor.

Model de psihoterapie scurtă pentru ameliorarea relațiilor interpersonale

Cauzele care conduc la relații interpersonale defectuoase țin de acumularea unor tensiuni din cauza bagajului emoțional cu care o persoană intră în relație (frici, resentimente) și care subminează relația prezentă.

Supraîncărcarea psihică îi împiedică pe subiecți să-și exprime afecțiunea și să o dăruiască, iar în felul acesta comunicarea este blocată.

Principiile după care funcționează un cuplu sănătos (descrise de Gottman și Silver, 1999) sunt următoarele:

- În cuplurile armonioase, partenerii își exprimă zilnic afecțiunea unul față de celălalt.

  Chiar dacă unul dintre parteneri poate uneori gândi negativ despre celălalt, aceste gânduri negative nu le estompează pe cele pozitive. O atitudine relaxată nu va permite aspectelor negative minore să ia locul unora importante.
- Partenerii care se înțeleg bine lasă „porțile deschise" pentru a primi afecțiune unul de la celălalt.

- În cadrul cuplurilor armonioase, partenerii manifestă respect unul față de celălalt, cer părerea celuilalt în diverse probleme și țin seama de ea atunci când este cazul.
- Cuplurile sănătoase fac afirmații și gesturi cu caracter conciliant pentru a preveni escaladarea unui conflict.
- În cuplurile armonioase, partenerii se întreabă unul pe celălalt ce simt și își fac timp să asculte.

Ancorarea în prezent, în *aici și acum*, îl ajută pe subiect să fie atent la mesajele partenerului său. Cuplurile armonioase apreciază aspectele pozitive ale existenței, nu descalifică pozitivul. În cuplurile sănătoase se manifestă bunăvoință și afecțiune față de partener și acest lucru nu se poate realiza dacă cele două persoane nu adoptă o atitudine relaxată.

Punctăm în continuare aspectele definitorii ale unei relații de cuplu nesănătoase:

- Partenerii din cadrul cuplului disfuncțional se ceartă frecvent, fiecare dintre aceștia evidențiind comportamentele și atitudinile negative ale celuilalt.

  Acest fenomen se datorează supraîncordării psihice. O persoană tensionată simte nevoia să se descarce și nu mai ține seama de nevoile și de sentimentele celuilalt. Melemis (2010, p. 145) recomandă 20 de minute de relaxare după o zi de muncă pentru ca subiectul să se debaraseze de frustrările și resentimentele sale și să interacționeze adecvat cu partenerul său. În momentul în care se declanșează o dispută, autorul recomandă subiecților să se concentreze asupra aspectelor pozitive ale relației și să le ignore pe cele negative.
- Cuplurile disfuncționale se lasă prinse într-o spirală a criticilor reciproce, fără a oferi soluții constructive la problema lor. Aceștia au tendința de a-și eticheta partenerii folosind cuvinte dure („Ești leneș", „Ești incapabilă", „Ești insensibil" etc.).

  Partenerul atacat va adopta de obicei o atitudine defensivă sau, dimpotrivă, va contraataca. În cele din urmă, unul dintre parteneri stopează comunicarea și se retrage, celălalt devenind și mai agresiv.

- Cuplurile disfuncționale refuză gesturile și atitudinile cu caracter conciliant care pot să vindece sentimentele rănite.
- Partenerii cuplurilor disfuncționale au tendința de a descalifica aspectele pozitive și de a le accentua pe cele negative.

Studiu de caz

Ileana, în vârstă de 37 de ani, este judecător la Curtea de Apel, iar soțul ei, Radu, în vârstă de 43 de ani, este top-manager la o firmă multinațională. Cei doi au un fiu în vârstă de 14 ani care a început să consume droguri și dispare frecvent de acasă. Radu a început să consume alcool după programul de lucru și, atunci când bea prea mult, devine agresiv și-și jignește soția, făcând-o responsabilă pentru eșecurile fiului.

În timpul interviului preliminar, Ileana stătea dreaptă pe scaun, ca în sala de judecată, criticând și corectând tot ce spunea soțul ei. Întrebată fiind ce ar trebui să se întâmple pentru ca ea să mai renunțe la resentimente, Ileana a răspuns în mod surprinzător că Radu merge de trei ori pe săptămână la sala de sport, în timp ce ea trebuie să se ocupe de casă după ce se întoarce supraîncordată și iritată de la tribunal.

Terapeutul i-a sugerat Ilenei să meargă de două ori pe săptămână la gimnastică aerobică, iar în weekend să meargă toți trei la bazinul de înot.

Băiatului i s-a recomandat să se înscrie la un curs de aikido.

Cei trei au urmat instrucțiunile terapeutului și în aproximativ două luni lucrurile au luat o întorsătură pozitivă.

Radu a redus simțitor consumul de alcool, iar Andrei (fiul) a abandonat grupul de adolescenți rebeli și și-a ameliorat rezultatele școlare.

Ileana a început un program de psihoterapie cognitiv-comportamentală și relaxare, după care a început să fie mult mai tolerantă cu soțul și fiul ei.

Comunicarea eficientă reprezintă un joc în care ambii parteneri au de câștigat. În cazul în care un subiect dorește să fie auzit și înțeles de partenerul său, acesta trebuie să-l trateze cu respect și nu să-i sublinieze în permanență celuilalt greșelile.

Comunicarea în cadrul cuplurilor care funcționează eficient are loc între persoane relaxate.

Partenerii nu trebuie să fie întotdeauna de acord unul cu celălalt, dar pot să-și spună punctul de vedere, pot oferi sugestii fără a-l jigni pe cel care vine cu propuneri, cerințe etc.

Înțelepții orientali subliniază faptul că toleranța și compasiunea sunt cele care stau la baza unor relații interpersonale armonioase. Toleranța și compasiunea presupun în primul rând înțelegere. Cu toate

acestea trebuie să conștientizăm și să reamintim faptul că marea majoritate a oamenilor sunt supraîncărcați și trăiesc de multe ori stări de anxietate, depresie, frustrare și mânie.

Meditația bazată pe conștientizare (*mindfulness*) ne ajută să-i înțelegem mai bine pe ceilalți deoarece ne înțelegem mai bine pe noi înșine. Devenim conștienți de nivelul nostru de supraîncordare și de modul în care reacționăm în astfel de situații. Acest nivel de înțelegere ne va ajuta să evităm conflictele și să le soluționăm, în cazul în care acestea apar.

Ostilitatea și intoleranța nu lasă loc niciunui sentiment pozitiv, nici măcar iubirii de sine.

Relaxarea bazată pe conștientizare îl ajută pe client să-și dezvolte o atitudine bazată pe compasiune și toleranță.

Atunci când mentalul subiectului este relaxat, acesta se eliberează de tensiune, temeri și resentimente, putând astfel descoperi compasiunea intrinsecă ființei umane.

Dalai Lama spunea: „Bunătatea este religia mea" (după Melemis, 2010, p. 150).

Deși compasiunea reprezintă cea mai bună modalitate de abordare a celorlalți, această atitudine nu este întotdeauna posibilă, deoarece adesea întâlnim persoane agresive și mai puțin educate. În astfel de situații, singurul lucru pe care putem să-l facem este să înțelegem acele persoane și să nu ne lăsăm atrași în capcana frustrării și furiei lor.

Toleranța nu înseamnă că suntem de acord cu atitudinea și comportamentul unor astfel de persoane, ci doar că există situații pe care nu le putem controla, iar mânia noastră nu va ajuta la nimic, prima victimă a acesteia fiind propria noastră persoană.

Budiștii spun: „Nu vei fi pedepsit pentru mânia ta, vei fi pedepsit de mânia ta" (după Melemis, 2010, p. 151).

Pentru a dezvolta o atitudine de toleranță, trebuie să renunțăm la resentimentele noastre, iar în caz contrar, aceste sentimente negative ne vor îmbolnăvi.

Model de psihoterapie scurtă pentru tulburările anxioase (Melemis, 2010)

Așa cum am mai subliniat anterior, principalele simptome ale tulburării anxioase generalizate sunt următoarele: supraîncordarea musculară, tremorul extremităților, tulburările în zona aparatului digestiv (nod în gât, senzații de vomă, diaree, colon iritabil), transpirații

excesive, dificultăți de respirație, tahicardie, hipertensiune arterială, senzație de leșin, dificultăți de concentrare a atenției și memoriei și tulburări de somn. Anxietatea este generată de un stres imaginar și nu de un pericol real.

Există două tipuri principale de gândire negativă disfuncțională care conduc la instalarea anxietății (Melemis, 2010, p. 159):

- Convingerea că subiectul nu va face față încercărilor vieții pentru că este o persoană imperfectă, iar ceilalți oameni vor observa acest lucru și-l vor critica.
- Convingerea că, dacă un lucru negativ se va întâmpla, va fi cel mai rău scenariu posibil; convingerea că, dacă ceva bun se va întâmpla, subiectul va trebui să plătească pentru aceasta.

Convingerile negative disfuncționale generatoare de anxietate se formează în copilărie, în urma interacțiunii cu persoanele semnificative din viața subiectului. Astfel:

- Dezvoltarea într-o familie cu standarde prea ridicate îl poate determina pe subiect să se simtă imperfect deoarece a fost în permanență criticat.

  Aceste standarde prea ridicate conduc la perfecționism și la tipul de gândire dihotomică („totul sau nimic").
- Dezvoltarea într-o familie haotică, fără reguli clare, poate conduce la anxietate.

  Subiectul crescut în astfel de condiții devine anxios pentru că nu știe niciodată ce urmează să se întâmple. Acesta va consuma foarte multă energie pentru a evita haosul sau conflictele celorlalți.

Model de abordare cognitiv-comportamentală pentru anxietatea socială (Melemis, 2010, pp. 160–161).

- Situație: Clientul se pregătește să participe la un eveniment social.
- Gânduri negative automate: „Nu mă voi integra în acel grup. Mă voi face de râs. Ceilalți nu mă vor agrea".
- Distorsionări cognitive: etichetare și gândire dihotomică.

- Originea gândurilor negative: „Am început să gândesc așa încă din primele clase pentru că părinții îmi cereau să iau numai note de 10 și mă comparau mereu cu sora mea mai mare".
- Combaterea gândirii negative: „Nu mai sunt aceeași persoană ca în școala generală. Atunci când sunt interesat de o anumită problemă mă descurc destul de bine în grupuri. Mă simt mult mai bine atunci când nu încerc cu orice preț să fac impresie bună. Mulți prieteni de-ai mei spun că nici ei nu se simt totdeauna bine la evenimentele sociale".
- Analiza consecințelor: „Dacă voi continua să evit evenimentele sociale, mă voi lăsa prins în capcana propriei mele anxietăți. Îmi voi pierde libertatea interioară și mă voi izola de ceilalți".
- Gânduri alternative: „Sunt convins că celorlalți le va plăcea câte ceva din ce voi spune, dacă sunt sincer. Nu ar trebui să am pretenții așa de mari de la mine însumi. Nu este neapărat necesar să mă placă toată lumea. Nimeni nu poate fi pe placul tuturor".
- Afirmații și convingeri alternative: „Am ceva valoros de transmis altora. Sunt o persoană care merită să fie iubită".
- Plan de acțiune: „Nu voi mai pune atâta presiune pe propria mea persoană. Voi fi amabil cu ceilalți, dar nu voi aștepta prea mult de la ei. Voi progresa cu pași mici astfel încât să nu mai cad în capcana gândirii *totul sau nimic*".

Consecințele în plan emoțional ale anxietății generalizate sunt următoarele (Melemis, 2010, p. 163):

- dificultăți de concentrare a atenției;
- iritabilitate;
- senzație de epuizare;
- reducerea sentimentului plăcerii;
- tulburări de somn (dificultăți de adormire, treziri frecvente);
- pesimism și lipsă de speranță;
- depresie;
- subiectul se simte depășit de situație sau incapabil de a face față încercărilor vieții.

Anxietatea accentuată afectează și maniera în care subiectul interacționează cu cei din jur. Astfel, persoana care crede despre ea că este imperfectă nu-i va lăsa pe ceilalți să se apropie prea mult (de ea) pentru a nu-i fi descoperite punctele slabe.

De asemenea, un subiect perfecționist va avea o nevoie exagerată de aprobare și va face tot posibilul să fie pe plac celorlalți, fiindu-i dificil să spună „nu".

Melemis (2010, p. 163) este de părere că, în loc să aștepte iubirea necondiționată din partea celorlalți, subiectul ar trebui să se accepte pe sine așa cum este, admițând faptul că nu este o ființă perfectă.

Persoanele care se așteaptă la ce este mai rău nu-și dau voie să se simtă bine și au tendința de a fugi, de a evita provocările vieții și angajarea în relații apropiate cu ceilalți.

Practicarea relaxării îl ajută pe subiect să se elibereze de anxietate cel puțin în trei moduri (Melemis, 2010, p. 164):

- îi permite acestuia conștientizarea modului în care se instalează anxietatea;
- îl ajută să o lase să treacă prin intermediul concentrării în prezent și permite trăirea acesteia în momentul actual;
- îi permite clientului să trăiască starea de destindere, de eliberare sau de anxietate și să trăiască aceste stări și în viața de zi cu zi.

În 1992, Kabat-Zinn *et al.* au realizat un studiu pe 22 de pacienți care sufereau de anxietate generalizată și atacuri de panică. După șase săptămâni de practicare a relaxării, 20 dintre pacienți au afirmat că se simt mult mai destinși. După trei luni, subiecții care au continuat să practice relaxarea au raportat o stare psihică mai bună.

Model de psihoterapie scurtă în cazul atacurilor de panică

Studiu de caz

Ovidiu, lector universitar, conducea mașina în drum spre un simpozion când a suferit primul atac de panică. Subiectul în vârstă de 29 de ani a avut o carieră strălucită. A terminat facultatea de biologie ca șef de promoție, a urmat un masterat în Marea Britanie, unde a încheiat și un doctorat. Clientul a publicat mai mule lucrări științifice de succes și a primit și o bursă postdoctorală.

După primul atac de panică au urmat mai multe, din ce în ce mai des. La interviul clinic, subiectul a menționat faptul că nu a avut nicio problemă majoră în ultimul timp. La o analiză mai atentă a rezultat faptul că pacientul locuia cu părinții săi, care erau în vârstă și bolnavi. Tatăl său abuza de alcool, devenea adesea violent și dădea semne de deteriorare cognitivă.

Ovidiu lucra foarte mult la catedră și în laborator și deoarece era un perfecționist, prefera să se ocupe mai mult singur de părinții săi, el fiind permanent nemulțumit de infirmierele pe care le angaja ca ajutoare. În aceste condiții, cu câteva luni în urmă, clientul fusese părăsit de prietena lui, care a preferat să-și găsească un post în străinătate. După ce a urmat programul de psihoterapie, starea sa de sănătate s-a îmbunătățit simțitor, clientul devenind mai tolerant și cu infirmierele. Acesta a învățat să se relaxeze, să-și acorde timp pentru viața personală și s-a înscris la un curs de aikido.

Atacurile de panică sunt dificil de prevenit, tocmai pentru că apar brusc. Ceea ce poate face un subiect care suferă de atacuri de panică este să urmeze un program de relaxare și psihoterapie cognitiv-comportamentală și să-și modifice stilul de viață.

Pentru a stopa un atac de panică odată apărut, subiectul trebuie să învețe să deplaseze focalizarea atenției din planul mental și să se ancoreze în prezent.

Melemis (2010, p. 170) prezintă un *program de relaxare* care s-a dovedit util în cazul atacurilor de panică și tulburării posttraumatice de stres.

„Adoptați o poziție comodă, întins pe spate și relaxați musculatura. Repetați mental cuvintele: *o să treacă, o să treacă, o să se ducă*... Identificați cel puțin cinci puncte în care corpul vine în contact cu solul (ar putea fi călcâiele, coapsele, omoplații, dosul palmelor, partea din spate a capului). Simțiți atingerea fără să căutați să vizualizați zonele respective.

Mentalul vostru va avea tendința să fie distras de simptomele atacului de panică și de gândurile negative. Conduceți înapoi atenția asupra punctelor de contact cu solul și repetați în gând: *o să treacă... o să treacă...*

Inspirați și expirați lent și liniștit, cu expirația mai lungă decât inspirația și, în timp ce expirați, scanați fiecare punct de contact al corpului cu solul, acordând atenție fiecărui mic detaliu. Reluați apoi exercițiul și simțiți doar patru puncte de

contact cu solul, apoi trei, două și în cele din urmă un singur punct în care vă veți concentra toată atenția."

Relaxarea și psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburarea posttraumatică de stres

Tulburarea posttraumatică de stres se instalează atunci când persoana este victima unei traume severe pe care nu are posibilitatea să o evite.

Unii supraviețuitori ai traumelor se blochează în plan psihologic, refuzând să mai simtă vreo emoție. Aceasta poate fi o strategie de supraviețuire pe termen scurt, dar pe termen lung pot apărea diverse simptome care vor perturba funcționarea normală a individului.

Simptomatologia tulburării posttraumatice de stres (după Melemis, 2010, p. 171) cuprinde următoarele:

- retrăirea frecventă în plan mental a situației traumatice. Aceste amintiri pot avea loc în mod spontan sau atunci când subiectul se confruntă cu situații sau persoane care îi reamintesc de trauma suferită;
- evitarea unor stimuli care pot declanșa amintirile legate de situația traumatică;
- subiectul se simte încordat, permanent în gardă;
- tulburări de somn, tulburări de concentrare a atenției, iritabilitate, hipervigilență;
- trăirea unei stări de detașare, anestezie psihică, înstrăinare, coloratură emoțională redusă;
- reducerea preocupărilor pentru viitor, lipsă de speranță.

Strategiile de a face față simptomelor tulburării posttraumatice de stres (după Melemis, 2010, p. 175) sunt descrise astfel:

1. Cea mai bună modalitate de a ne elibera de simptome este să le trăim ca atare. În cazul în care acestea sunt prea puternice, subiectul trebuie să se adreseze unui specialist (psiholog sau psihiatru).
2. Respectarea unui regim de viață sănătos (odihnă suficientă, alimentație adecvată, exerciții fizice, relaxare).
3. Eliminarea consumului de alcool, droguri sau tranchilizante neprescrise.
4. Comunicarea deschisă cu persoanele apropiate.

5. Ascultarea limbajului trupului, limbaj care îi va spune clientului cât poate munci și care sunt limitele sale.

6. Integrarea în cadrul unor grupuri de consiliere și psihoterapie cu caracter suportiv.

7. Abordarea flashbackurilor (amintirilor intruzive legate de traumă) prin intermediul tehnicii de relaxare cu concentrare asupra prezentului, asupra respirației și corpului propriu.

Melemis (2010, pp. 195–196) ne prezintă, totodată, și un plan de psihoterapie scurtă cognitiv-comportamentală și relaxare musculară pentru un client cu *stimă de sine scăzută.*

- Situația: „Nu-i voi lăsa pe ceilalți să se apropie prea mult de mine pentru că vor descoperi că sunt lipsit de valoare și mă vor respinge".
- Gândurile negative inițiale: „Mă simt ca un ratat. Cred că nu am nimic de oferit. Nu sunt bun de nimic. Dacă ceilalți ar descoperi cum sunt eu de fapt, ei m-ar respinge. De fapt, nu sunt decât un impostor".
- Distorsionări cognitive: etichetări cu conținut negativ, gândire de tip dihotomic („totul sau nimic").
- Originile stilului negativ de gândire: „M-am format într-o familie foarte critică. În adolescență, părinții mei îmi spuneau că nu valorez nimic".
- Combaterea modului negativ de gândire: „Voi verifica cu ajutorul celorlalți dacă nu cumva mă concentrez excesiv asupra negativului. Fiecare om este mai mult sau mai puțin imperfect". „Eu nu-i judec pe ceilalți când sunt imperfecți. Am înregistrat până acum numeroase succese și oamenii m-au apreciat pentru asta. Reușesc mai bine atunci când mă concentrez asupra lucrurilor pe care le pot controla. Am o serie de calități pe care le-am pus în valoare în trecut".
- Evaluarea consecințelor modului negativ de gândire: „Am fost prea dur cu mine. Mi-am subminat stima de sine. Atunci când cer prea mult de la mine, mă autosabotez și riscul să greșesc este mai mare."
- Gândire alternativă: „Este nerealist să doresc să fiu iubit și agreat tot timpul și de toată lumea. Nu trebuie neapărat să fiu perfect pentru a fi apreciat de ceilalți. Uneori voi înregistra

și eșecuri, dar acest lucru nu înseamnă că voi avea *numai* eșecuri. Voi lăsa în urmă sistemul rigid de valori după care m-am condus până acum, pentru că sunt o persoană diferită. Atunci când mă voi concentra asupra prezentului, *aici și acum,* mă voi simți mai bine și voi avea rezultate mai bune. Voi renunța să mai descalific aspectele pozitive din viața mea".

- Convingeri alternative, realiste: „Voi fi mai îngăduitor cu propria persoană. Atât cât fac este suficient".
- Plan de acțiune: „Voi practica zilnic relaxarea fizică și psihică și aceasta mă va face să mă simt mai bine. Îmi voi celebra victoriile și mă voi concentra asupra aspectelor pozitive ale existenței. Relaxarea mă va ajuta să mă simt mai destins și să nu revin la vechile deprinderi de gândire negative".

Același autor (Melemis, 2010, p. 197) ne prezintă un program de psihoterapie scurtă cognitiv-comportamentală pentru un caz de pierdere majoră.

1. Situația: „Am suferit o pierdere majoră, am pierdut serviciul, m-am despărțit de o persoană dragă sau cineva apropiat a decedat".

2. Gânduri negative automate: „Este îngrozitor ceea ce mi se întâmplă, nu cred că voi putea supraviețui. Lucrurile nu vor mai sta niciodată la fel. Nu cred că voi mai putea fi vreodată fericit".

3. Distorsionări negative: descalificarea pozitivului și catastrofizare.

4. Originile gândirii negative: „Am învățat de mic copil că viața este o luptă și este plină de dezamăgiri. Mama mea a văzut întotdeauna lucrurile în negru".

5. Combaterea gândirii negative: „Aceasta este o mare pierdere, dar nu am pierdut tot în viață. Nu fac decât să mă concentrez asupra acestei pierderi și să minimalizez celelalte aspecte pozitive ale existenței mele. Am în mine forța de a depăși această situație și de a-mi reconstrui existența".

6. Consecințele modului negativ de gândire: „Dacă voi continua să gândesc astfel, sănătatea mea va fi afectată. Îmi va fi imposibil să găsesc noi posibilități pentru a lua totul de la capăt. Depresia mea ar putea să-i determine pe ceilalți să se îndepărteze de mine".

7. Modalități alternative de gândire: „Este adevărat că mă simt rău. Voi traversa toate etapele doliului (negare, furie, depresie, acceptare etc.). Nu trebuie să aștept de la mine să trec imediat peste această situație. Nu trebuie să evit trăirea doliului, dar nici nu trebuie să mă las prins în capcana acestuia. Este vorba doar de o perioadă de tranziție. Schimbarea este inevitabilă. Dacă voi încerca să evit schimbarea, voi fi dezamăgit".

8. Convingeri alternative realiste: „Merit să mă bucur de fericire. Sunt deschis la noi experiențe care se vor ivi în calea mea după această încercare".

9. Plan de acțiune: „Voi recurge la persoane de suport profesioniste sau din anturajul personal pentru a obține sprijin și astfel mă voi pregăti pentru o nouă etapă a vieții. Voi face o listă cu persoanele care m-au sprijinit pentru a le adresa mulțumiri".

Melemis (2010, pp. 198–199) prezintă câteva situații care conduc la instalarea unei stări depresive:

- persoana nu se simte apreciată la locul de muncă și acasă;
- persoana se simte neînțeleasă;
- subiectul are impresia că nu este nevoie de el, că nu se potrivește într-un anumit context;
- subiectul se află prins într-un conflict între două persoane sau grupuri. Dacă va opta să fie de partea unora, îi va dezamăgi pe ceilalți;
- clientul are o atitudine prea critică și plină de resentimente. Acesta constată în permanență că ceilalți îl dezamăgesc;
- clientului îi este jenă de modul în care este și de ceea ce face. Acesta este convins că, dacă ceilalți vor afla cum este el de fapt, nu-l vor agrea;
- subiectul detestă modul în care arată, locul de muncă sau stilul său de viață;
- subiectul consideră că nu merită să fie fericit sau că nu va fi niciodată fericit;
- subiectul este de părere că ceilalți oameni sunt mai fericiți decât el, că aceștia posedă ceea ce el nu posedă;
- subiectul crede că nu va face niciodată o pauză;
- subiectul consideră că i se vor întâmpla mereu lucruri negative;

- subiectul se simte responsabil pentru un eveniment major care s-a petrecut și nu crede că va supraviețui situației;
- subiectul crede că este un ratat, că i-a dezamăgit pe ceilalți;
- persoana a suferit o pierdere majoră și din acest motiv nu crede că va mai putea fi vreodată fericită.

Clientul deprimat se simte în permanență obosit, vlăguit, lipsit de energie, incapabil să facă ceva sau să ia vreo decizie. Se creează astfel un cerc vicios, inactivitatea accentuând depresia. Subiectul va interpreta lipsa lui de energie ca fiind o dovadă a faptului că este un ratat. Una dintre regulile de bază ale demersului de depășire a depresiei este aceea că subiectul nu trebuie să aștepte să se simtă bine pentru a întreprinde ceva, deoarece acțiunea atrage după sine motivația pentru aceasta (Melemis, 2010, p. 200).

Același autor subliniază faptul că important este ceea *ce* își propune să realizeze subiectul și nu *cât* de mult își propune să realizeze, deoarece astfel acesta va fi prins în capcana gândirii dihotomice „totul sau nimic".

Model de psihoterapie scurtă în cazul dependenței de substanțe

Termenul de adicție se utilizează pentru consumul abuziv de alcool, droguri, dependența de jocuri de noroc, tulburările conduitei alimentare și chiar pentru dependența de viața sexuală.

Simptomele adicției sunt următoarele (după Melemis, 2010, p. 211):

- creșterea toleranței organismului față de substanța ingerată, fapt ce determină o creștere progresivă a consumului;
- tulburări neurovegetative: tremorul extremităților, transpirații abundente (mai ales nocturne, simptome de sevraj);
- iritabilitate;
- anxietate;
- dispoziție depresivă;
- dificultatea controlării consumului de substanță;
- alterarea semnificativă a vieții profesionale, familiale și sociale;
- neglijarea sau tendința de amânare a unor activități;
- tendința de minimalizare și diminuare a consumului;
- încercări repetate și nereușite de stopare a consumului.

Adicția are în general 50% cauze genetice și 50% se datorează unui deficit în sfera deprinderilor de a face față stresului (Kendler, Neale, Sullivan, Corey, Gardner și Prescott, 1999).

Observațiile clinice au evidențiat și faptul că dacă o persoană manifestă adicție pentru un anumit tip de substanță, aceasta poate deveni dependentă și de altă substanță.

Melemis (2010, p. 217) prezintă câteva convingeri eronate referitoare la dependența de substanțe pe care le prezintă subiecții:

- Nu sunt dependent, mă pot opri oricând din consum;
- Majoritatea prietenilor mei procedează la fel, nu suntem totuși dependenți de substanțe;
- Ce este atât de rău dacă din când în când consum alcool sau droguri? Acestea mă relaxează și mă fac să mă simt mai bine;
- Nu mă pot închipui altfel decât consumând substanțe, așa că va trebui să continui să o fac;
- Poate că sunt dependent, dar trebuie să consum alcool sau droguri pentru a face față problemelor mele, este mai simplu să mă simt anesteziat decât să suport loviturile vieții;
- Este plăcut să fii dependent, viața mea ar fi plictisitoare, nu aș fi atât de simpatic și creativ fără droguri — nu am atins încă o etapă periculoasă, poate va trebui să mai consum substanțe până când voi găsi motivația să le abandonez;
- Nu cred că voi scăpa de dependența mea. Nici măcar nu merită să încerc: ce va fi dacă nu voi reuși?
- Ultima recădere a fost atât de îngrozitoare, încât nu mai vreau să trec vreodată prin asta;
- Aș dori să-mi învinge dependența, dar fără ajutor din afară. Vreau să-mi dovedesc mie însumi că sunt suficient de puternic;
- Nu mă pot opri acum, am ajuns prea jos;
- Nu cred că pot face altfel față greutăților vieții, nu cred că sunt suficient de puternic;
- Deocamdată mă simt bine așa;
- Sunt atât de ocupat, încât nu am timp să mă relaxez în alt mod;
- Ar trebui să-mi modific întreg stilul de viață pentru a scăpa de dependență, nu cred că am tăria să o fac;

- Atunci când sunt gata să recad, nu cer ajutor altora pentru a nu fi subiectul unor comentarii;
- Ce poate fi atât de rău dacă am câteva recăderi pe an? Poate că sunt dependent, dar de ce să nu-mi permit să renunț uneori la autocontrol?
- Încerc să abandonez consumul pentru a-i face pe plac soției;
- Mă simt atât de bine atunci când consum alcool sau droguri împreună cu prietenii;
- Poate după ce va trece un an de când nu am consumat nimic, voi deveni mai puternic și îmi voi putea controla consumul.

Regulile psihoterapiei dependenței de substanțe (Melemis, 2010)

1. Renunțarea la consumul de alcool sau droguri se poate realiza doar dacă clientul își creează un nou stil de viață.

Cele mai importante situații de risc provin din interiorul ființei subiectului, dar și din exterior. Factorii de risc interni țin de supraîncordare, depresie, anxietate, oboseală, senzația de foame și de singurătate. Din acest motiv, tendința de a consuma alcool sau droguri apare mai ales seara.

Factorii externi de risc țin de persoanele cu care clientul obișnuiește să consume alcool sau droguri, de locurile în care consumă sau de unde procură substanțele, precum și de acele obiecte sau situații care îi amintesc de consum.

2. Clientul care încearcă să abandoneze consumul de alcool sau droguri trebuie să fie onest cu sine însuși și cu ceilalți.

3. Solicitarea de sprijin.

Dependența se dezvoltă pe baza sentimentelor de culpabilitate, rușine și a tendinței de izolare. Sprijinul poate fi acordat de către psihoterapeut, medic, consilier sau grupurile de suport. Acestea din urmă prezintă următoarele avantaje:

- ajută clientul să conștientizeze faptul că are o problemă și să renunțe la mecanismele de apărare prin intermediul negării. Ascultând istoriile de viață ale celorlalți, subiectul va realiza în mod concret faptul că și persoanele cu poziție socială bună, cu familie organizată și aparent echilibrate pot avea o adicție;

- clientul va întâlni și alte persoane care se confruntă cu aceleași stări;
- subiectul va constata faptul că vindecarea este posibilă, deoarece au realizat-o și alți clienți;
- acesta va beneficia de experiența altor persoane și de strategiile care au dat rezultate în cazul acestora;
- în grupurile suportive clientul va fi înțeles și nu va fi judecat;
- membrii grupului îi vor reaminti clientului consecințele negative ale consumului abuziv de alcool sau droguri, precum și de posibilitatea apariției unor recăderi;
- clientul va avea un loc în care să-și petreacă timpul simțindu-se în siguranță.

4. Practicarea zilnică a unui exercițiu de relaxare.

Persoanele dependente de alcool sau droguri procedează astfel tocmai pentru a se elibera de tensiune și supraîncordare. În cazul în care acești subiecți utilizează toate celelalte strategii de abandonare a drogurilor, dar nu învață să se relaxeze, stresul care i-a condus la consumul de drog și dependență va rămâne în continuare prezent.

Relaxarea nu prezintă o strategie opțională în demersul de abandonare a abuzului de substanțe, ci o strategie de importanță majoră (Melemis, 2010, p. 231). Același autor subliniază avantajele practicării relaxării (Melemis, 2010, p. 232):

- relaxarea ameliorează stima de sine diminuând riscurile ca subiectul să recurgă la alcool sau droguri din acest motiv;
- relaxarea îl ajută pe client să se elibereze de anxietatea, depresia, resentimentele, durerea morală care îl împing spre consumul de substanțe;
- relaxarea îi oferă clientului o modalitate mai sănătoasă de a se destinde;
- îi conferă un interval de timp pentru a avea grijă de propria persoană;
- reduce riscul recăderilor pentru că subiectului îi va fi mai ușor să aleagă strategii sănătoase de viață în loc să apeleze la cele vechi și autodestructive.

Prevenirea recăderilor

Recăderile reprezintă un proces și nu un eveniment accidental (Melemis, 2010, p. 238). Acest proces începe cu luni sau chiar săptămâni înainte de recăderea în plan fizic și cuprinde mai multe etape (Melemis, 2010, pp. 238–239). Recăderea în plan emoțional cuprinde următoarele simptome:

- anxietate;
- toleranță scăzută la stres și frustrare;
- iritabilitate sau mânie;
- atitudine defensivă;
- oscilații ale dispoziției afective;
- izolare socială;
- respingerea ajutorului din partea celorlalți;
- tulburări ale conduitei alimentare;
- tulburări de somn.

În această etapă, clientul neagă eventualitatea unei recăderi. Din acest motiv, prevenirea pornește de la conștientizarea acestor semne precoce ale recăderii și de la întărirea deprinderilor de viață sănătoasă.

Dacă subiectul nu va înlătura aceste simptome suficient de repede, el va deveni epuizat în plan psihic și atunci se va produce recăderea mentală.

În această etapă, în mintea clientului se duce o luptă între o instanță a personalității care ar dori să recurgă la alcool sau droguri în timp ce o altă instanță psihică se opune. Clientul începe să nutrească tot felul de gânduri legate de anturajul în care a consumat droguri, de revederea vechilor prieteni, de etapele în care consuma substanțe și se simțea bine. Acum acesta începe să planifice viitorul consum și să se mintă pe sine și pe ceilalți.

Strategiile care pot fi utilizate în această etapă sunt următoarele:

- Atunci când apar gânduri legate de consumul de droguri, subiectul poate practica relaxarea cu imaginație dirijată, în care se vizualizează pe sine capabil să se autocontroleze.

  Clientul este sfătuit să deruleze în plan mental și scenarii legate de consecințele negative ale consumului de substanțe, precum și de cât de bine se simte în prezent, atunci când nu mai este dependent de droguri.

- Clientul este sfătuit să discute cu o altă persoană despre nevoia sa stringentă de a reveni la alcool sau droguri.
- În momentul în care apar gânduri negative legate de consum, clientul va trebui să-și distragă atenția și să se concentreze asupra unei activități atractive.
- Concentrarea atenției asupra momentului prezent, *aici și acum*, și practicarea meditației de tip *mindfulness*.

Recăderea fizică

Clientul care nu a reușit să depășească etapele anterioare va trece la consumul propriu-zis. Evenimentele sociale reprezintă situațiile cu cel mai înalt risc de recădere.

Melemis (2010, p. 243) dă câteva indicații clienților aflați pe drumul renunțării la adicție:

- Imediat ce vă aflați la o petrecere pe care nu ați putut să o evitați, țineți un mână un pahar cu o băutură nealcoolică. Aceasta vă va da un sentiment de apartenență la grup și nimeni nu va fi tentat să vă ofere ceva de băut.
- Comandați primul o băutură nealcoolică pentru a nu fi tentați să comandați ce au comandat ceilalți invitați.
- Nu lăsați paharul de băutură nealcoolică nesupravegheat pentru că se poate găsi cineva care se oferă să vă adauge alcool.
- Părăsiți petrecerea devreme pentru că abuzul de alcool se produce, de regulă, spre sfârșitul petrecerii.
- Asigurați-vă de faptul că aveți la dispoziție o posibilitate de a vă retrage elegant de la petrecere.
- Evitați pe cât posibil petrecerile realizate în locuința proprie, pentru că astfel nu veți avea posibilitatea să vă retrageți, ci va trebui să așteptați plecarea ultimului musafir.
- Cea mai eficientă strategie de evitare a recăderilor este evitarea petrecerilor, cel puțin în primul an de la stoparea consumului de substanțe.

La petreceri pot fi întâlniți tot felul de oameni. Unora nu le pasă ce bea o anumită persoană. Alții sunt curioși cu privire la motivele pentru care cineva nu consumă alcool (acestora din urmă le puteți spune că luați antibiotice, țineți o cură de slăbire sau sunteți cu mașina).

Există și o categorie de persoane care îi îndeamnă pe clienți să bea, deoarece se simt inconfortabil atunci când alții beau mai puțin decât ei. Aceștia au ei înșiși probleme cu alcoolul și ar trebui evitați.

Cum să facem față simptomelor de sevraj (Melemis, 2010, p. 248)

Există două tipuri de sevraj după stoparea consumul de alcool sau droguri:

- sevrajul acut, care poate dura de la câteva zile la câteva săptămâni;
- servajul post-acut care reprezintă cauza principală a recăderilor.

Alcoolul și unele droguri produc simptome severe de sevraj, în timp ce în cazul altora simptomele sunt mai ușoare. Printre simptomele sevrajului acut se numără mai ales cele fizice: tremor, transpirații abundente, greață, dar și convulsii sau atacuri cardiace.

În cazul sevrajului post-acut, simptomatologia este mai ales de natură psihologică și cuprinde:

- tulburări de dispoziție;
- anxietate;
- iritabilitate;
- senzație de oboseală;
- fluctuații ale energiei psihice;
- reducerea entuziasmului;
- dificultăți de concentrare a atenției;
- tulburări de somn.

Aceste simptome pot dura o perioadă mai lungă (chiar un an sau mai mult) și au un caracter fluctuant.

Melemis (2010, p. 249) recomandă clienților:

- să aibă răbdare și să nu grăbească procesul de recuperare;
- să lase simptomele să treacă, fără a lupta împotriva lor;
- să practice un stil de viață sănătos care să includă și exercițiile de relaxare.

Prezentăm în continuare un model de inducție hipnotică utilizat în cazul abuzului de alcool, adaptat după Nongard (2011). Autorul subliniază faptul că, deși hipnoza și-a dovedit utilitatea în tratamentul abuzului de substanțe, aceasta nu trebuie să înlocuiască tratamentul medicamentos aplicat pentru dezintoxicare.

Hipnoza îi creează clientului o stare de calm și destindere în situațiile în care acesta simte o nevoie imperioasă de a consuma alcool. De asemenea, hipnoza poate contribui la destructurarea vechilor asociații care s-au format de-a lungul timpului între consumul de alcool și diversele experiențe ale vieții cotidiene.

Redăm mai jos adaptat un exercițiu adaptat după Nongard (2011):

„Adoptați o poziție comodă, stând cu capul sprijinit și cu brațele așezate pe brațele fotoliului, sau culcat pe spate cu capul ușor ridicat pe o pernă.

Relaxați toți mușchii... relaxați obrajii, gâtul, ceafa, maxilarele... relaxați brațele, toracele, abdomenul... relaxați spatele, coapsele, gambele... relaxați tot corpul... concentrați-vă atenția asupra respirației. Inspirați și expirați lent, calm, liniștit...

Expirația este ușor prelungită. Inspirați și expirați lent, calm, liniștit...

Închideți ochii și concentrați-vă atenția asupra respirației... Inspirați și expirați...

Starea de relaxare vă va ajuta să creați noi asociații și să învățați lucruri noi. Mențineți ochii închiși și relaxați tot corpul. Urmăriți cu ochii minții dacă mai sunt grupe musculare încordate și relaxați-le... Relaxați tot corpul imaginându-vă că o senzație plăcută de greutate cuprinde toți mușchii dumneavoastră. Brațele devin tot mai grele, tot mai grele și mai relaxate, tot mai relaxate. Picioarele devin și ele foarte grele și foarte relaxate, foarte relaxate...

Întregul corp este destins, relaxat, cuprins de o senzație plăcută de relaxare și greutate... Imaginați-vă acum o lumină de culoare aurie care vă cuprinde corpul și îl încălzește. Este o senzație foarte plăcută de calm, greutate, căldură...

Puteți deschide ochii oricând doriți, dar este mai plăcut să rămâneți în această stare de calm, liniște, destindere...

Pe măsură ce vă concentrați asupra respirației, vizualizați lumina aurie care vă învăluie tot corpul... Pe măsură ce vă

concentrați asupra respirației, vă relaxați tot mai mult, tot mai profund... relaxați fruntea, ochii, obrajii, maxilarele... relaxați ceafa, gâtul, umerii, brațele, palmele... relaxați toracele, abdomenul, picioarele...

Brațele devin tot mai grele și mai relaxate, picioarele devin tot mai grele și mai relaxate, tot corpul este greu, destins, relaxat...

Relaxați-vă tot mai mult odată cu fiecare respirație. Nu sunteți adormit, ci doar calm și liniștit... trăiți o liniște interioară... relaxat și liniștit... trăiți o senzație de calm și liniște interioară... tot corpul este destins, relaxat, cuprins de o senzație plăcută de greutate și căldură.

Lumina aurie coboară din creștetul capului spre obraji, maxilare, ceafă și gât... cuprinde umerii, brațele, toracele, abdomenul, spatele și picioarele... întregul corp...

Trăiți o stare plăcută de calm, relaxare, pace interioară...

Remarcați faptul că aveți suficientă forță interioară pentru a controla corpul și mintea dumneavoastră. Pe măsură ce continuați să vă relaxați deveniți tot mai deschis față de noi experiențe, constatând că puteți controla atât corpul, cât și mintea. Conștientizați capacitatea dumneavoastră de a genera noi gânduri, noi trăiri, noi modalități de a vă desfășura existența.

Deși auziți vocea mea, o parte a ființei voastre se concentrează asupra sugestiilor pe care vi le voi da, în timp ce altă parte trăiește experiența schimbării interioare sau pe cea care s-a produs în interiorul ființei voastre pentru că ați abandonat deja vechile gânduri, trăiri și asociații legate de consumul de alcool și le-ați înlocuit cu altele noi, sănătoase, constructive. De-acum înainte veți prefera claritatea minții în locul stării de amețeală și confuzie pe care v-o producea consumul de alcool.

În această stare veți trăi o serie de sentimente puternice... veți lăsa în urmă sentimentele de jenă și culpabilitate și veți păși într-o nouă lume, liberă de orice dependență... de orice constrângere.

Odată ce relaxarea se adâncește, trăiți tot mai multe stări de calm, siguranță, încredere și pace interioară. Ori de câte ori veți dori să retrăiți aceste stări benefice, o veți putea face și fără ajutorul specialistului.

Le veți putea retrăi mâine, peste o săptămînă, peste o lună... oricând... Le veți putea retrăi mâine, peste o săptămînă, peste o lună... oricând...

Chiar atunci când vă simțiți în stare de criză, veți fi capabil să vă centrați din nou în interiorul ființei voastre și să vă reconectați la energiile pozitive care v-au adus reușita și succesul...

Veți învăța să creați un semnal personal care să vă reamintească de starea de relaxare trăită acum. În timp ce tot corpul rămâne relaxat, împreunați degetul mare cu degetul arătător al mâinii drepte și retrăiți starea de calm, relaxare, forță interioară și încredere în faptul că ați reușit să vă rezolvați problema.

Acest gest vă va aminti de faptul că ați reușit în demersul pe care vi l-ați propus și vă va ajuta să induceți pe loc starea de calm și relaxare și să depășiți nevoia imperioasă de a consuma alcool.

Repetați gestul și conștientizați faptul că aveți posibilitatea să alegeți noi variante de comportament mult mai sănătoase, care să contribuie la evoluția fizică, emoțională, intelectuală și spirituală a ființei voastre.

Acum eu voi număra de la 1 la 10 și veți adânci tot mai mult starea de relaxare... 1, trupul și mintea sunt tot mai relaxate... tot mai destinse... 2, 3,... vă relaxați tot mai profund, tot mai adânc... 4, 5, corpul este foarte relaxat... foarte relaxat... 6, 7, o stare de relaxare profundă vă cuprinde trupul și mintea... 8, 9, 10, tot mai relaxat, tot mai relaxat...

În această stare de relaxare profundă și odihnitoare, veți lua legătura cu eul vostru real, acea parte a ființei voastre care cuprinde resurse nebănuite de forță, echilibru, intuiție și spiritualitate. Concentrați-vă asupra eului vostru real și plasați aici noile resurse, noile gânduri, noile trăiri și noile comportamente sănătoase. Eul vostru real vă va conduce spre alte opțiuni, mai eficiente, mai constructive, mai sănătoase.

Zi după zi veți purifica trupul vostru de toxine, simțindu-vă tot mai bine, tot mai bine, tot mai sănătos, tot mai binedispus. Veți consuma zilnic câteva pahare de apă... veți prefera apa altor băuturi nesănătoase...

Pentru că mentalul vostru este creativ, veți fi capabil ca în orice situație în care simțiți tentația de a recurge la alcool sau

vă aflați în dificultate, luați legătura cu eul vostru real care vă va ajuta să faceți alegeri sănătoase... vă va ajuta să depășiți vechile situații pe care le asociați cu consumul de alcool... înlocuind vechile experiențe cu unele noi.

În timp ce vă relaxați tot mai mult vă întoarceți în timp, vă întoarceți tot mai mult în timp, imaginându-vă existența dumneavoastră atunci când nu consumați de loc alcool. Retrăiți acele imagini care evocă locuri unde ați fost sau acțiuni pe care le-ați realizat, vizualizându-vă ca o persoană care nu consumă deloc alcool... poate veți vedea imagini din liceu, din facultate, din vacanță...

Formați imaginea propriei persoane ca fiind liberă de domnia alcoolului... aduceți această imagine și în prezent și vă vedeți cu ochii minții, cu multe detalii, cu multe detalii... ca fiind o persoană care nu a consumat niciodată alcool. Trăiți starea de forță interioară și de sănătate pe care o atrage după sine imaginea propriei persoane libere de domnia alcoolului.

Proiectați acum imaginea respectivă în viitor, peste două zile, peste două săptămâni, peste două luni, doi ani, peste douăzeci de ani. Vă vedeți cu ochii minții în viitor ca fiind o persoană care nu a consumat niciodată alcool... Uitați de faptul că alcoolul a făcut parte din viața dumneavoastră...

Acum, după ce ați creat cu ajutorul minții imaginea propriei persoane libere de domnia alcoolului, veți acționa în consecință, ca și cum alcoolul nu ar fi reprezentat niciodată o opțiune de viață. În mod automat și fără efort conștient veți prefera apa, ceaiul, sucul de fructe sau laptele în orice situație de viață. Chiar dacă alții vor alege alcoolul, reacția dumneavoastră automată va fi să alegeți apa, ceaiul, sucul sau laptele...

Zi după zi veți constata faptul că deveniți tot mai mult cel care sunteți acum, sănătos, puternic, încrezător, mulțumit de opțiunile realizate. Ori de câte ori veți auzi melodia de la telefonul mobil vă veți aminti imediat că ați luat decizia să rămâneți sănătos, cu un autocontrol foarte bun, condus de eul vostru real, de natură superioară, liber de domnia alcoolului, liber de orice dependență, sănătos, echilibrat, calm și binedispus".

VII
Abordări terapeutice în cazul tulburărilor de somn

Carney și Manber (2009) subliniază faptul că somnul presupune deconectarea subiectului de factorii stresanți din mediul înconjurător.

Stresul poate fi indus de schimbările majore din viața unui client, cum ar fi șomajul, pensionarea, nașterea unui copil, schimbarea locului de muncă, ruperea unei relații, boala sau decesul partenerului de viață, pierderile financiare ș.a.

Aceste situații stresante sunt asociate frecvent cu insomniile. În același timp, tulburările de somn reprezintă și ele la rândul lor o sursă de stres, pentru că subiectul începe să se îngrijoreze de faptul că nu se va putea odihni bine și nu va putea funcționa cum trebuie a doua zi (la serviciu, școală etc.). Atunci când dificultățile de somn durează o perioadă mai lungă pot să apară și alte probleme psihopatologice, cum ar fi dificultățile de concentrare a atenției, depresia, iritabilitatea și senzația de oboseală cronică.

Insomnia este asociată frecvent cu durerile cronice, depresia și anxietatea, condiție în care vorbim despre insomnia comorbidă (Carney și Manber, 2009, p. 12).

Studiu de caz

Florin, în vârstă de 47 de ani, ofițer în Ministerul Apărării Naționale, a fost pensionat din armată înainte de termen. Acesta s-a prezentat la cabinetul de psihologie pentru că a început să aibă probleme cu somnul. Clientul povestește că se răsucea în pat, o oră-două până când reușea să adoarmă. Problemele sale apăruseră încă din perioada în care frecventa Academia Militară, când avea sesiunile de examene, dar s-au reglat pe parcurs. Odată cu trecerea în rezervă, insomnia s-a accentuat.

Clientul a încercat și tratament medicamentos, prescris de medicul de familie, dar fără un rezultat evident. La un moment dat, el a început să bea în fiecare

seară o sticlă de vin pentru a se relaxa. Această „rețetă" a funcționat un timp, după care insomnia a revenit și clientul a mărit doza de alcool, astfel reușind să doarmă câteva ore, dar trezindu-se obosit, cu senzație de amețeală și dispoziție depresivă.

Florin spunea despre sine că este un personaj anxios și sensibil, care își făcea probleme din orice și considera că mediul militar nu era potrivit pentru el. Cu toate acestea, disponibilizarea a fost pentru el un șoc, deoarece se considera ca fiind foarte bun din punct de vedere profesional. Clientul a încercat să se angajeze în alt serviciu, dar nu a reușit. El stătea toată ziua acasă, se juca la calculator și rumina gânduri cu conținut depresiv și anxios. Deși avea formație tehnică, Florin nu era capabil să se mobilizeze suficient, spre exemplu, pentru a-și ajuta fiica în vârstă de 13 ani la matematică.

Clientul era conștient de faptul că insomnia era legată de anxietate (apăruse pentru prima dată în sesiunile de examene), dar și de depresie.

Clientul a relatat psihoterapeutului că își făcea griji pentru situația financiară a familiei, pentru sănătatea soției și cea a părinților săi vârstnici, pentru viitorul fiicei sale, dar și pentru că insomnia l-ar putea predispune la o serie de afecțiuni organice severe.

Studiu de caz

Corina, studentă în anul IV la Facultatea de Medicină Generală, după o sesiune mai dificilă a început să se trezească tot mai frecvent în toiul nopții. La început, ea nu și-a făcut prea multe griji, pentru că putea să ațipească uneori după-amiaza, când se întorcea de la stagiul clinic. După un timp, nici odihna din timpul zilei nu a mai dat rezultate și Corina a început să se simtă tot mai obosită și mai lipsită de vlagă. Treptat, capacitatea de concentrare a atenției i-a scăzut foarte mult, iar lucrurile care înainte îi făceau plăcere nu au mai interesat-o: să meargă la cumpărături, la înot, să iasă în oraș împreună cu prietenii.

Pe zi ce trecea, Corina se simțea tot mai rău, s-a izolat de prieteni și a început să lipsească de la cursuri și chiar nu s-a prezentat la câteva examene din sesiunea de vară.

Medicul psihiatru de la spitalul studențesc i-a prescris un antidepresiv. Interviul clinic a evidențiat faptul că pacienta mai suferise două episoade depresive în trecut, unul la admiterea în liceu și altul la examenul de intrare în facultate, episoade care însă au trecut neobservate deoarece Corina avea rezultate școlare bune.

În urma medicației antidepresive, dispoziția ei s-a ameliorat, dar insomnia a persistat, clienta temându-se de faptul că, dacă nu își reglează somnul, nu va putea termina facultatea.

Studiu de caz

Roxana, o economistă în vârstă de 29 de ani, prezenta dificultăți de adormire și se trezea de mai multe ori în timpul nopții. Clienta a fost diagnosticată cu probleme la coloana vertebrală și suferea aproape zilnic dureri cronice. În urma tratamentului cu antiinflamatoare și a fizioterapiei durerile au cedat mult, dar tulburările de somn au rămas. Clienta adormea cu dificultate și se trezea cu aproximativ două ore înainte de termen, nemaireușind ulterior să adoarmă.
După câteva nopți dificile, durerile au reapărut. Medicul psihiatru i-a recomandat analgezice și somnifere care au funcționat la început, dar în timp nu au mai dat aceleași rezultate. Clienții la care ne-am referit sufereau pe de o parte de insomnie, dar pe de altă parte tabloul clinic ne-a arătat și existența altor probleme precum anxietatea, depresia sau durerea cronică.

Persoanele care suferă de insomnie ajung să solicite ajutor medical sau psihologic atunci când tulburările devin persistente și au un impact serios asupra funcționării individului în activitatea cotidiană.

Insomnia este definită ca o tulburare de somn cu caracter persistent, care durează mai mult de o lună și conduce la apariția și a altor probleme psihopatologice cum ar fi oboseala, senzația de amețeală, tulburările de dispoziție, simptomele interferând cu activitatea profesională sau accentuând alte tulburări, precum cele descrise mai sus (Carney și Manber, 2009, p. 44).

Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale al Asociației Psihiatrilor Americani (DSM-IV, APA, 2000) prezintă condițiile clinice în care se manifestă insomnia:

- Insomnia reprezintă o tulburare psihopatologică primară (insomnia primară);
- Insomnia însoțește o condiție medicală somatică (insomnia legată de o condiție medicală);
- Insomnia apare exclusiv în cazul unei afecțiuni psihiatrice (insomnia legată de o tulburare psihică).

Simptomele insomniei se manifestă atât în timpul nopții, cât și în timpul zilei (Carney și Manber, 2009, p. 17). Simptomele nocturne sunt următoarele: dificultăți de adormire sau de menținere a somnului,

treziri frecvente sau trezire înainte de ora considerată convenabilă, însoțită de senzație de oboseală.

Simptomele diurne se referă la disconfort și îngrijorări referitoare la insomnie, oboseală, anxietate sau dispoziție depresivă.

În cazul în care insomnia durează mai mult de șase luni, vorbim despre insomnia cronică. Aceasta apare la unul din zece adulți din populația Statelor Unite (Ohayon, 2002).

Alte tulburări de somn care mai sunt consemnate în literatura de specialitate sunt apneea nocturnă și sindromul „picioarelor neliniștite". Acestea pot conduce la treziri frecvente ale subiecților în timpul nopții și fac somnul neodihnitor pentru aceștia.

În cazul în care insomnia reprezintă un simptom în cadrul altei condiții medicale este de presupus că tratarea respectivei probleme va conduce și la ameliorarea acesteia, ceea ce nu este întotdeauna adevărat (Carney și Manber, 2009).

Din acest motiv, insomnia necesită adesea o abordare și un tratament special. Așa cum am mai subliniat înainte, în literatura clinică spre exemplu, vom întâlni insomnia printre principalele simptome ale depresiei:

- Trăirea unui sentiment de tristețe, de vid interior;
- Iritabilitate, agitație psiho-motorie;
- Reducerea intereselor și sentimentului plăcerii pentru activitățile considerate înainte agreabile;
- Tendința de retragere socială;
- Senzație de oboseală și lipsa de energie;
- Insomnia;
- Somnul excesiv;
- Idei și sentimente de inutilitate, culpabilitate și autodevalorizare;
- Idei și tendințe suicidare;
- Scăderea sau dimpotrivă creșterea apetitului cu scădere sau creștere ponderală consecutivă;
- Clientul vorbește și se mișcă mai rar (uneori mai repede decât de obicei —lentoare/agitație psihomotorie);
- Dificultăți de luare a deciziilor;
- Dificultăți de concentrare a atenției și de memorie.

Carney și Manber (2009) prezintă principalele tulburări anxioase asociate cu insomnia, pe care le redăm în rândurile următoare:

- Tulburarea de anxietate generalizată este caracterizată de:
  - îngrijorările cu caracter excesiv;
  - îngrijorările cu un caracter incontrolabil;
  - îngrijorările ce se referă la diversele domenii ale existenței;
  - îngrijorările ce sunt asociate cu simptome fiziologice sau psihosomatice cum ar fi supraîncordarea musculară, agitația psihomotorie, senzațiile de disconfort din zona digestivă, nod în gât, transpirații, senzații dezagreabile în zona aparatului cardiorespirator, insomnie.

- Atacurile de panică

Se caracterizează printr-o apariție bruscă și neașteptată a unei stări de anxietate foarte intense. Adesea acestea pot să apară pe fondul unei tulburări anxioase generalizate, modalitatea de dispariție fiind la fel de bruscă precum și cea de instalare, perioada trăirii atacului de panică fiind în medie de zece minute. Atacul de panică este însoțit de o serie de simptome somatice foarte intense precum: tahicardie, palpitații, dureri în zona toracelui, tremor, transpirații, dificultăți de respirație și senzație de sufocare, senzație de greață, amețeală, senzație de leșin, senzație de irealitate, teama intensă de pierdere a autocontrolului, teama de a înnebuni, senzația de „stană de piatră", valuri de căldură sau frig.

Există și atacuri de panică ce apar în timpul nopții, acestea purtând denumirea de atacuri de panică nocturne.

Acestea din urmă conduc la creșterea anxietății legate de somn, clienții manifestând frecvent teama de a nu adormi pentru a nu suferi un atac de panică, insomnia fiind un rezultat al acestor mecanisme puse în funcțiune.

Unii subiecți pot avea doar unul sau două atacuri de panică de-a lungul vieții, în timp ce alții pot avea atacuri de panică mult mai frecvente, de câteva ori pe săptămână sau chiar zilnice. O problemă deosebită este aceea că pacientul suferă și de o teamă puternică legată de repetarea unui nou atac de panică.

• Tulburarea de stres posttraumatică

Se produce în cazul în care clientul a trecut printr-o traumă severă care i-a pus siguranța sau chiar viața în pericol (accidente, calamități, confruntare armată, viol, tâlhărie, luare de ostatici etc.) sau a asistat la situația traumatizantă prin care a trecut o altă persoană.

Pentru a diagnostica tulburarea de stres posttraumatică clinicianul urmărește manifestarea unor simptome la subiect cum ar fi (Carney și Manber, 2009, p. 13):

- amintiri repetitive și intruzive referitoare la traumă;
- flashbackuri sau senzația că lucrurile respective se petrec în momentul prezent;
- coșmaruri recurente referitoare la traumă;
- anxietate accentuată și disconfort în prezența unor stimuli care evocă trauma;
- insomnie;
- iritabilitatea și crizele de mânie, furie;
- clientul este permanent în gardă de teamă că s-ar putea întâmpla ceva rău;
- dificultăți de concentrare a atenției;
- reactivitate accentuată la stimuli cu conținut psihogen;
- amnezie legată de anumite aspecte ale traumei;
- anestezie emoțională;
- senzație de detașare de evenimente;
- retragere socială.

Aceiași autori (Carney și Manber, 2009) subliniază faptul că insomnia mai poate fi întâlnită și în alte condiții clinice:

• Tulburarea obsesiv-compulsivă

Se caracterizată prin gânduri, amintiri sau imagini cu caracter intruziv și anxiogen, urmate de o strategie (ritual compulsiv) pe care subiectul o declanșează pentru a se elibera de acestea. Ritualurile pot cuprinde gesturi stereotipe, numărat, spălatul compulsiv pe mâini sau pe tot corpul sau acțiuni de verificare.

Clienții realizează caracterul irațional al obsesiilor lor, luptă împotriva acestora, dar fără rezultat.

Această tulburare afectează uneori somnul, mai ales dacă ritualurile sunt realizate în timpul nopții sau seara (de exemplu, clientul

verifică de mai multe ori dacă ușa și ferestresele sunt închise înainte de a se culca).

- Fobia socială

Se caracterizează prin teama puternică a subiectului de a se afla în situații psihosociale, mai ales în cele în care ar putea fi evaluat de către ceilalți. Clientul se teme de faptul că simptomele anxietății sale vor fi observate și că celelalte persoane care văd acest lucru îl vor critica. În general, persoanele care suferă de fobie socială pun în acțiune un mecanism de evitare puternică, iar dacă acest lucru nu este posibil, ei trăiesc de obicei o stare de anxietate generalizată care poate atinge intensitatea unui atac de panică.

Deși nu toți clienții cu fobie socială suferă și de tulburări de somn, unii dintre aceștia pot avea insomnie în mod frecvent atunci când este asociată cu o simptomatologie depresivă. Mai mult, este de presupus că, în așteptarea producerii unui eveniment psihosocial la care vor trebui să participe, multe persoane cu fobie socială vor prezenta tulburări de somn.

- Fobiile simple

Reprezintă frici intense și nejustificate față de obiecte și situații care pentru marea majoritate a oamenilor nu au un caracter anxiogen. Cele mai frecvente fobii sunt cele legate de animale sau insecte, de fenomene ale naturii (tunete, fulgere), de înălțimi, de apă, de sânge, de lovire, îmbolnăvire, murdărie (germeni), de spații închise, deschise sau aglomerate.

Fobia simplă este diagnosticată ca atare doar dacă teama este foarte puternică și interferă cu viața și activitatea normală a subiectului.

Unele dintre fobiile specifice pot conduce la tulburări de somn, mai ales cele care au legătură cu acesta, exemple evidente fiind fobia de întuneric și cea de insecte.

- Durerile cronice

Pot să apară în diverse afecțiuni medicale. Acestea au avut de regulă la început un caracter acut și apoi s-au cronicizat. Ele pot fi cauzate de migrene, afecțiuni ale coloanei vertebrale, artrite sau cancer, dar pot avea și un caracter psihogen atunci când nu există o cauză evidentă organică.

Durerile cronice pot conduce la depresie și la alterarea calității somnului. Pe de altă parte, depresia, anxietatea și durerile cronice pot

genera insomnia, care la rândul ei poate agrava respectivele afecțiuni psihopatologice.

Studiile clinice au evidențiat faptul că insomnia are următoarele efecte asupra depresiei:

- Insomnia accentuează simptomele depresive, iar clienții cu insomnie suferă de forme mai severe ale depresiei (Buysse și Kupfer, 1990; Thase, Fasiczka, Berman, Simons și Reynolds, 1998).
- Clienții cu insomnie au o rată mai ridicată a suicidului (Ağargün, Kara și Solmaz, 1997; Bernert și Joiner, 2007).
- Clienții cu insomnie prezintă un risc ridicat pentru abuzul de alcool (Ford și Kamerow, 1989).
- Clienții cu insomnie răspund mai slab la medicația antidepresivă și la psihoterapie (Morin, Bootzin, Buysse, Edinger, Espie și Lichstein, 2006; Roehrs, și Roth, 2001).
- Prezența insomniei sporește riscul de recădere ale persoanelor suferinde de depresie care se află în remisiune (Perlis, Giles, Buysse, Tu, și Kupfer, 1997).
- O noapte de insomnie conduce la creșterea anxietății în ziua următoare (Roy-Byrne și Wingerson, 1992).
- Persoanele care dorm mai puțin resimt mai acut durerile a doua zi (Fontanini și Katz, 2008).
- Insomniile și durerile cronice cresc riscul de suicid (Winsper și Tang, 2014).

Studiu de caz

Ștefan, un inginer în vârstă de 59 de ani, a suferit de-a lungul vieții mai multe episoade depresive: la terminarea facultății, la prima disponibilizare și la despărțirea de prima soție.

Clientul povestește că se trezea de mai multe ori pe noapte pentru a merge la baie, dar și de multe ori fără un motiv evident. Trezirile erau de scurtă durată, dar îl făceau să se simtă mereu obosit a doua zi.

În timpul zilei, Ștefan făcea eforturi să nu adoarmă, dar seara aținea uneori în fața televizorului. A doua sa soție, Magda, se plângea de faptul că soțul sforăie și nu o lasă să doarmă, fapt ce l-a surprins pe acesta din urmă. Investigațiile medicale de laborator au permis identificarea diagnosticului de apnee nocturnă și clientului i s-a recomandat să poarte în timpul nopții o mască de oxigen, ceea ce a condus la o ameliorare semnificativă a calității somnului.

Studiu de caz

Iuliana, o economistă în vârstă de 36 ani, suferea în ultimul timp de oboseală cronică. Ea se plângea de faptul că are un somn agitat și că simțea mereu nevoia să miște picioarele. Adesea ea nu se putea liniști decât dacă se ridica din pat și făcea câțiva pași. Soțul îi reproșa faptul că de multe ori îl lovește cu picioarele în timpul somnului. Având un somn agitat, Iuliana era foarte obosită a doua zi la serviciu. De multe ori, clienta își simțea picioarele agitate și seara când stătea în fotoliu. Aceasta a fost diagnosticată cu sindromul picioarelor neliniștite și a primit tratament neurologic, după care tulburarea s-a ameliorat simțitor.

Cauzele insomniei pot fi de natură fiziologică și psihologică. În ceea ce privește factorii fiziologici, cu toate că au fost realizate numeroase studii, cauzele fiziologice ale insomniei nu sunt încă pe deplin cunoscute.

Au fost identificate diverse substanțe cum ar fi melatonina, serotonina, cortizolul, orexina sau adenozina care și-au dovedit rolul în reglarea somnului (España și Scammell, 2004).

Cercetările au mai evidențiat și faptul că la subiecții cu insomnie nivelul metabolismului este mai ridicat atât ziua, cât și noaptea (Bonnet și Arand, 1995), iar undele cerebrale au o frecvență mai mare (Nissen, Kloepfer, Nofzinger, Feige, Voderholzer și Riemann, 2006).

Factorii psihologici

Stresul vieții cotidiene, gândurile cu conținut negativ, anxietatea, depresia sau iritabilitatea joacă un rol foarte important în instalarea și menținerea insomniei. Studiile au demonstrat faptul că subiecții care suferă de insomnie au mai multe gânduri cu conținut anxiogen înainte de a adormi și dimineața la trezire, precum și stări afective negative (Harvey și Farell, 2003).

Așa cum am menționat anterior, insomnia poate reprezenta o problemă de sine stătătoare sau poate fi un simptom în cadrul altei condiții medicale. Astfel, un client depresiv prezintă dispoziție tristă, tulburări de concentrare a atenției, iritabilitate sau oboseală cronică. Aceste simptome îl pot determina pe subiect să petreacă mai mult timp în pat, ceea ce conduce la perturbarea ritmului somn–veghe.

Diferențele individuale și cele legate de vârstă sunt în conexiune cu perioada de somn, astfel că numărul de ore petrecute de o persoană dormind sau perioada din zi în care, din contră, aceasta atinge o formă maximă, sunt marcate de caracteristici individuale.

Copiii mici se trezesc de regulă mai devreme și adorm mai devreme, în timp ce adolescenții au adesea tendința de a se culca târziu și de a se trezi în miezul zilei. Vârstnicii au o durată mai scurtă a somnului și se trezesc foarte devreme.

Igiena somnului recomandă subiecților să-și cunoască „ceasul biologic" cât mai bine și să îl regleze cât mai aproape de ceasul natural și de programul de activitate.

Menținerea unui program regulat de somn, mesele și activitățile regulate contribuie la reducerea simptomelor depresiei și la îmbunătățirea calității somnului (Benloucif, Orbeta, Ortiz, Janssen, Finkel, Bleiberg și Zee, 2004).

Pentru a demonstra efectul perturbărilor de program asupra ceasului biologic, Carney și Manber (2009) propun clienților să observe dacă în timpul unor călătorii apar următoarele simptome: dificultăți de adormire, trezire sau ambele, senzație de oboseală, dificultăți de concentrare a atenției, anxietate, iritabilitate sau tulburări digestive.

Calitatea somnului nu este același lucru cu numărul de ore pe care le doarme o persoană. Șase ore de somn profund, odihnitor, fără treziri repetate, fac mai mult bine organismului decât nouă ore de somn superficial. De regulă, organismul uman va compensa lipsa somnului sau somnul superficial datorită existenței unui sistem homeostatic bazat pe autoreglare. Astfel, dacă cineva a avut o noapte dificilă, noaptea următoare de obicei va fi în mod sigur mai bună conform sistemului de autoreglare.

Problema este că multe persoane suferă de anxietate de performanță, temându-se că nu vor face față sarcinilor cotidiene dacă nu s-au odihnit bine. Aceste persoane ajung să petreacă mai mult timp în pat sau se vor culca mai devreme, dar fără a reuși să adoarmă. Acest tip de comportamente reprezintă semnale că organismul are nevoie de mai puțin somn și astfel există o contribuție directă la instalarea insomniei.

Ceasul biologic poate fi perturbat de o serie de factori externi precum zgomotul, temperatura foarte ridicată sau foarte scăzută, substanțele consumate, cât și de factorii interni (gânduri, emoții, supraîncordare fizică etc.).

Carney și Manber (2009) descriu acele comportamente care sunt incompatibile cu somnul, pe care subiecții le pun în acțiune în mod neintenționat:

- Rămânerea în pat, deși subiectul nu poate să doarmă.

Studiu de caz

Matei, un economist în vârstă de 38 de ani, a început să aibă probleme cu somnul în urmă cu un an și jumătate, atunci când, împreună cu soția sa, Mara, au traversat o criză maritală care i-a adus aproape de un divorț.

Matei obișnuia să petreacă în pat câteva ore pe zi, inclusiv seara la culcare, timp în care se gândea la cât de dificil și anevoios mergea relația sa de cuplu.

Între timp, cei doi au intrat într-o psihoterapie de cuplu și relația lor s-a ameliorat simțitor, dar somnul lui Matei nu s-a îmbunătățit.

Deși seara îi era somn, în momentul în care se așeza în pat, clientul devenea complet treaz și începea să se gândească la rezolvarea unor probleme profesionale. În cazul acesta s-a produs o condiționare, subiectul asociind faptul de a se afla în pat cu o stare de îngrijorare. Terapeutul i-a recomandat printre altele să nu mai stea în pat atunci când nu poate adormi și să părăsească dormitorul pentru 15–20 de minute când se simțea supraactivat și grijile îl invadau.

În acest interval de timp, clientul avea de desfășurat o activitate agreabilă și relaxantă, urmând să revină în cameră doar atunci când era aproape sigur că va adormi. Această prescripție se poate repeta până când subiectul va putea asocia statul în pat cu somnul.

Activitățile pe care le poate alege clientul în locul somnului pot fi: o lectură, ascultarea muzicii, vizionarea unor filme plăcute (mai puțin a celor de groază, aventuri etc.).

- Desfășurarea unor activități specifice stării de veghe atunci când subiectul se află în pat (cu excepția activității sexuale).

O serie de activități cum ar fi de exemplu privitul la televizor, lucrul la calculator, lectura materialelor de la locul de muncă sau învățatul vor contribui la activarea fizică și psihică a subiectului și îl vor împiedica să adoarmă.

- Renunțarea la încercările de a dormi cu orice preț.

O diferență importantă între persoanele care dorm bine și cele care suferă de insomnie constă în aceea că primele nu întreprind nimic pentru a adormi. Carney și Manber (2009, p. 55) prezintă o listă a acelor comportamente care subsumează încercările indivizilor de a adormi:

- A merge la culcare mai devreme decât la ora programată de obicei;

- A rămâne mai mult timp în pat dimineața după ce a sunat ceasul;
- A petrece în pat mai multe ore decât cele în care subiectul doarme efectiv;
- A sta în pat în timpul zilei;
- A rămîne în pat, deși este evident că subiectul nu va adormi;
- A consuma somnifere neprescrise de medicul specialist, sau în doze mai mari decât cele prescrise;
- A-și propune în gând: „Trebuie neapărat să dorm".

Într-un studiu de specialitate din 2006, Nofzinger, Nissen, Germain, Moul, Hall, Price și Buysse au demonstrat faptul că creierul subiecților care suferă de insomnie este hiperactiv în zonele ce ar trebui să fie mai puțin active în timpul somnului.

Hiperactivitatea mentală poate fi asociată uneori cu gânduri și stări afective neutre, dar de cele mai multe ori este vorba de gânduri și emoții cu un conținut negativ specifice anxietății, frustrării și/sau depresiei.

Gândurile și stările afective neutre se referă de regulă la prelungirea preocupărilor cotidiene în perioada în care subiectul ar trebui să doarmă.

Persoanele care suferă de insomnie fac eforturi să-și inhibe gândurile nedorite, dar efectul este cel opus: cu cât încearcă să nu se mai gândească la ceva, cu atât acel gând devine mai puternic. Din acest motiv, strategia care dă cele mai bune rezultate este ca subiectul să se ridice din pat și să se ocupe de altceva, sau să înlocuiască gândul respectiv cu un altul, ca în clasicul „numărat al oilor".

Astfel, meditația transcendentală propune clienților să repete la nesfârșit o silabă sau un grup de silabe lipsite de sens.

Studiile experimentale au demonstrat că, în cazul unor subiecți, acest tip de strategie îi poate ajuta să adoarmă. Astfel, în 1991, Levey, Aldaz, Watts și Coyle au cerut subiecților insomniaci să repete mental cuvântul „the". Într-un alt studiu desfășurat în 2003, Waters și colegii săi au propus subiecților care prezentau insomnie strategia distragerii cognitive.

• Tehnica distragerii:

Clientului i se cere să imagineze o povestire sau un scenariu de film și să vizualizeze finalul. Este evident faptul că trebuie ales un subiect pozitiv, fără a exista o încărcătură emoțională puternică.

• Tehnica ventilării:

Multe persoane care suferă de insomnie lucrează până seara târziu, fără a-și acorda un timp pentru a se detașa de activitățile solicitante, care în acest fel au tendința de a se prelungi și pe perioada somnului.

Perioada care trebuie să fie lăsată de la încheierea activității și până la somn variază de la individ la individ, dar studiile au demonstrat că este vorba de cel puțin o oră (Carney și Manber, 2009).

S-a constatat de asemenea că majoritatea oamenilor au nevoie să realizeze un fel de bilanț al activităților cotidiene, bilanț care ar putea afecta procesul de adormire.

Carney și Manber (2009, p. 87) recomandă o serie de activități relaxante, care să permită oamenilor să-și facă o analiză a zilei respective. Acestea sunt: o plimbare de seară, o baie caldă, un exercițiu de meditație, notarea observațiilor zilei într-un jurnal, o discuție cu partenerul de viață sau cu un prieten apropiat.

Harvey (2003) a demonstrat experimental faptul că subiecții care țineau un jurnal în care își notau problemele și îngrijorările aveau un somn mai bun decât cei care nu efectuau această activitate.

• Tehnica îngrijorărilor cu caracter constructiv:

Există și situații în care îngrijorările sunt necesare, deorece reprezintă un demers de rezolvare de probleme.

Carney și Waters (2006) le recomandă clienților să-și aleagă un interval de timp în care să încerce să-și rezolve în mod constructiv problemele.

Subiecților li se cere să aloce 15 minute cu două ore înaintea somnului, să împartă o foaie de hârtie în două și să noteze în partea stângă problemele (îngrijorările) și în partea dreaptă soluțiile posibile. Foaia de hârtie se îndoaie și se pune pe noptieră, subiectul propunându-și să uite de aceasta până a doua zi.

• Tehnnici de relaxare și management al stresului:

Indiferent de tehnica de relaxare utilizată de client, orice strategie de destindere musculară, de reducere a ritmului cardiac și respirator, precum și a hiperactivității mentale va contribui la ameliorarea insomniilor.

Pot fi astfel utilizate exerciții de respirație controlată, de meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*), exerciții de vizualizare a unor imagini plăcute sau ascultarea unor piese de muzică relaxantă.

Prezentăm mai jos un scenariu de relaxare musculară progresivă Jacobson adaptat după Carney și Manber (2009):

„Așezați-vă într-o poziție comodă, întins pe spate, cu capul ușor ridicat. Concentrați-vă atenția asupra piciorului drept în timp ce inspirați și expirați calm, liniștit. Încordați ușor degetele piciorului drept. Mențineți încordarea timp de câteva secunde, apoi expirați și relaxați degetele de la piciorul drept. Inspirați, încordați musculatura gambei drepte, mențineți câteva secunde încordarea, apoi expirați și relaxați gamba. Inspirați, încordați zona genunchiului și coapsei drepte, mențineți încordarea timp de câteva secunde, expirați și relaxați coapsa dreaptă.

Realizați același lucru concentrându-vă asupra piciorului stâng. Inspirați, încordați musculatura, mențineți încordarea și apoi expirați și relaxați laba piciorului, gamba, genunchiul și coapsa stângă.

Percepeți senzația de destindere, greutate și căldură plăcută care cuprinde degetele și labele picioarelor, gambele, coapsele, genunchii.

Concentrați-vă atenția asupra musculaturii abdomenului, mențineți câteva secunde încordarea, apoi expirați și relaxați abdomenul.

Concentrați-vă atenția asupra brațului drept. Inspirați, strângeți pumnul, mențineți încordarea, apoi expirați și relaxați palma dreaptă.

Inspirați, încordați antebrațul, apoi brațul. Mențineți câteva secunde încordarea, apoi expirați și relaxați brațul drept.

Realizați același lucru cu brațul stâng.

Concentrați-vă atenția supra umerilor și gâtului.

Inspirați, încordați și ridicați ușor umerii, mențineți încordarea, apoi expirați și lăsați umerii să revină la poziția inițială, relaxându-se.

Inspirați și încordați gâtul lipind bărbia de torace. Mențineți încordarea, expirați și readuceți bărbia în poziție normală, relaxând zona gâtului.

Inspirați, încordați mușchii frunții. Mențineți încordarea, expirați și relaxați mușchii frunții. Conștientizați senzația plăcută de relaxare care cuprinde mușchii frunții.

Inspirați, încordați mușchii feței. Mențineți încordarea, expirați și relaxați mușchii feței. Conștientizați senzația plăcută de relaxare care cuprinde mușchii feței".

Exercițiul trebuie practicat zilnic, astfel încât subiectul să-și spună în gând „mă relaxez" și apoi să expire lent, destinzând întreaga musculatură a corpului.

• Restructurarea cognitivă.

Insomnia este provocată, așa cum am mai arătat anterior, într-o mare măsură de gândurile, stările afective și activitățile desfășurate de către o persoană în timpul zilei.

Clienții care suferă de insomnie nutresc adesea convingeri eronate și exagerate cu privire la importanța somnului. Aceste convingeri au un efect negativ asupra calității și duratei somnului. Carney și Manber (2009, p. 105) ne prezintă câteva exemple de astfel de convingeri: „Îmi este greu să adorm, ar trebui să mă străduiesc mai mult"; „Dacă nu am dormit suficient noaptea trecută, trebuie să recuperez somnul pierdut noaptea aceasta"; „Este obligatoriu să dorm cel puțin opt ore pe noapte"; „Dacă nu voi dormi bine noaptea, nu voi fi în stare să funcționez cum trebuie în timpul zilei"; „Atunci când am o noapte dificilă și nedormită, aceasta se datorează faptului că nu am dormit bine nici nopțile trecute"; „Consecințele faptului că nu mă odihnesc bine sunt dezastruoase pentru mine" etc.

Cu cât un client încearcă să evite o anumită situație, cu atât acesta va reuși mai puțin, fapt care a mai fost remarcat anterior. Din acest motiv, psihologii recomandă clienților cu diferite probleme să accepte anumite stări sau situații care nu pot fi schimbate cel puțin pentru moment. Astfel, subiecții vor deveni mai relaxați și vor putea identifica noi soluții la problemele sau trăirile care îi frământă.

Ținând seama de aceste idei, insomnia este un fel de capcană în care problema o reprezintă eforturile subiectului de a dormi, iar soluția este ca acesta să se străduiască să nu doarmă.

Această strategie reprezintă de fapt o prescripție paradoxală, prin intermediul căreia i se cere subiectului să se străduiască să *nu* doarmă, efectul fiind unul exact opus.

Redăm mai jos o listă a gândurilor negative care provoacă insomnia și a gândurilor alternative de acceptare a situației (după Carney și Manber, 2009, p. 106).

Gânduri negative	Gânduri alternative
Nu pot suporta această situație.	Este în regulă dacă rămân treaz. Totul va trece. Mi s-a mai întâmplat și altă dată și am supraviețuit.
Trebuie neapărat să fac ceva pentru a adormi.	Corpul meu va găsi soluția, așa că este mai bine să nu-i stau în cale.
Nu voi fi în stare să lucrez mâine.	O să fie mai greu, dar pot să funcționez bine chiar atunci când sunt obosit.
Este îngrozitor. Voi mai lua o pastilă.	Voi fi calm și relaxat, chiar dacă voi rămâne treaz pe timpul nopții.
Cred că nu voi mai fi niciodată așa cum am fost înainte.	Oboseala va trece. Mi-au venit aceste gânduri negative în minte pentru că sunt foarte supărat acum.

Mulți clienți au convingeri negative referitoare la faptul că lipsa unui somn de calitate va contribui la scăderea performanțelor de a doua zi: „Dacă nu voi dormi opt ore, mâine nu voi fi bun de nimic". Acest tip de convingeri necesită combatere și înlocuirea cu unele mai realiste, precum: „Uneori am un randament mai bun atunci când dorm bine, dar pot face față solicitărilor și atunci când sunt obosit".

Convingerile disfuncționale, rigide, referitoare la somn îi creează subiectului o presiune legată de ideea de a adormi cu orice preț, fapt care va împiedica în realitate adormitul.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală recomandă clienților să identifice gândurile și convingerile negative referitoare la calitatea și durata somnului, să le combată și să le înlocuiască adoptând unele mai realiste, după modelul prezentat în tabelul de la pagina următoare (adaptat după Carney și Manber, 2009).

Studiile au evidențiat faptul că persoanele care suferă de insomnie funcționează profesional la fel de bine ca acelea care nu au astfel de probleme (Bonnet, 2005).

Mulți clienți cu insomnie pun în acțiune așa-numitele comportamente de asigurare care, după opinia lor, îi ajută să prevină consecințele negative ale lipsei somnului.

Din păcate însă, comportamentele de asigurare nu fac decât să agraveze problema.

Situație	**Stare emoțională**	**Gânduri și imagini negative disfuncționale**	**Dovezi în favoarea gândurilor negative**	**Dovezi împotriva gândurilor negative**	**Gânduri și imagini alternative realiste**	**Stare emoțională actuală**
Descrieți situația în care apar gândurile negative cu privire la somn.	Descrieți starea emoțională și evaluați intensitatea ei pe o scală de la 1–10.	Notați gândurile și imaginile care vă trec prin minte.	Căutați dovezi referitoare la faptul că cel mai stresant gând este adevărat.	Notați dovezile care infirmă gradul de veridicitate al gândului negativ. Aveți dovezi referitoare la faptul că uneori acest gând nu este adevărat?	Notați gândurile care exprimă cel mai bine dovada care infirmă veridicitatea gândului negativ.	Reevaluați pe o scală de la 0–10 starea emoțională resimțită.
Stau singur în dormitor și mă pregătesc să mă culc.	Trist și anxios. Nota 9.	Dacă nu voi dormi opt ore în această noapte, mâine nu voi fi bun de nimic.	Nu mă simt prea bine după o noapte nedormită, astfel că este posibil să nu fiu capabil să lucrez mâine cum trebuie.	Adesea nici nu-mi amintesc dacă am dormit bine sau nu.	Deși nu mă simt prea bine, pot să-mi exercit în bune condiții atribuțiile profesionale.	Trist și anxios. Nota 4.

Studiu de caz

Mirel, un inginer în vârstă de 52 de ani, suferea de dureri cronice în zona lombară. Acesta a constatat faptul că atunci când nu se odihnea cum trebuie, randamentul său profesional era mai scăzut, iar durerile de spate erau mai intense. Drept urmare, atunci când avea o noapte proastă, clientul își lua o zi de concediu medical, nu mergea la serviciu, anulându-și toate activitățile din acea zi și se odihnea pe canapea aproape întregul timp. Sedentarismul a condus însă la slăbirea musculaturii de susținere a coloanei vertebrale și nu a făcut decât să-i amplifice durerile în timp.

Mai mult, faptul că își periclita serviciul din cauza concediilor medicale repetate nu a făcut decât să-i producă o anxietate sporită care îi perturba într-o mare măsură calitatea somnului.

În felul acesta, în loc să îl determine pe Mirel să se simtă mai bine, comportamentele de asigurare nu au făcut decât să amplifice atât insomniile, cât și durerile lombare.

Comportamentele de asigurare pot îmbrăca diverse forme: consum de alcool, autoadministrarea de somnifere, anularea întâlnirilor de a doua zi sau încercări repetate de evitare a gândurilor și imaginilor care îi vin în minte clientului atunci când se pregătește de somn.

Efectele negative ale comportamentelor de asigurare sunt următoarele (Carney și Manber, 2009):

- Acestea confirmă convingerea negativă referitoare la faptul că subiectul nu va face față sarcinilor de serviciu după o noapte de insomnie. Gândurile negative care derivă din această convingere vor conduce la accentuarea tulburării de somn.
- Comportamentele de asigurare îl împiedică pe subiect să verifice în practică veridicitatea gândurilor și convingerilor negative referitoare la randamentul de a doua zi.
- Evitarea respectivelor activități după o noapte dificilă de nesomn nu va face decât să întărească ideea că lipsa de somn sau un somn insuficient, de calitate slabă sunt periculoase.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală recomandă identificarea conduitelor de asigurare, combaterea convingerilor negative care stau la baza acestora și stoparea derulării lor.

Persoanele care suferă de insomnie și care își concentrează în mod exagerat atenția asupra senzațiilor de oboseală, stărilor afective negative sau asupra problemelor pe care le au de rezolvat, tind să

atribuie toate aceste lucruri insomniei, ignorând celelalte cauze posibile.

Cauzele alternative ale respectivelor stări pot fi: plictiseala și lipsa de motivație, petrecerea unui timp prea îndelungat în pat, depresia, anxietatea, stresul cu caracter cronic, durerile, lipsa activității sau desfășurarea unor activități în exces, obezitatea, problemele cardiovasculare, infecțiile, anemia, consumul unor medicamente care pot avea efecte secundare sau abandonarea consumului de cafea.

Un alt aspect important legat de igiena somnului se referă la faptul că mulți clienți care suferă de insomnie subestimează perioadele de somn, afirmând că nu au dormit deloc, deși acest lucru nu este adevărat.

Costul convingerii eronate: „Eu nu am dormit deloc" este creșterea anxietății și supraîncordării, care, la rândul lor, afectează calitatea somnului. De regulă, clienții care afirmă că nu au dormit deloc nu-și amintesc în detaliu tot ce s-a petrecut în timpul nopții pentru că au ațipit sau chiar uneori au dormit câte puțin.

Adesea, convingerile eronate cu privire la somn capătă un caracter catastrofizant: „Dacă nu dorm bine, o să înnebunesc sau o să mă îmbolnăvesc".

O modalitate eficientă de a combate astfel de convingeri constă în a-i adresa clientului întrebarea: „Dacă o persoană apropiată ar avea astfel de convingeri, ai crede în adevărul lor?"

Este indicat să se explice clientului și faptul că au existat numeroase situații de-a lungul vieții sale în care este posibil că nu a avut un somn bun și, cu toate acestea, nu s-a înregistrat nicio consecință catastrofală.

Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale pot fi aplicate în cazul oricărei convingeri negative referitoare la somn, ca în exemplele următoare adaptate după Carney și Manber (2009, p. 204):

Convingere negativă	Contraargumentare	Consecințele menținerii convingerii negative (disfuncționale)
Am neapărat nevoie de opt ore de somn pentru a funcționa bine în ziua următoare.	Numărul de ore de somn pentru un adult variază de la individ la individ și este în medie mai mic de opt ore. Durata somnului reprezintă doar unul dintre factorii care determină randamentul de a doua zi. Probabil calitatea somnului este mai importantă decât numărul orelor de somn.	Opt ore capătă aspectul de cifră magică, iar dacă acest număr de ore nu este atins, apare o stare de anxietate care nu face decât să perturbe somnul.
Dacă petrec mai mult timp în pat, voi dormi mai mult și mă voi simți mai bine a doua zi.	Calitatea somnului este mai importantă decât durata acestuia. Rămânerea în pat mai mult decât este necesar poate conduce la depresie.	Convingerea aceasta poate afecta atât somnul, cât și dispoziția. Ceasul biologic va compensa petrecerea unui interval mai mare de timp în pat prin scăderea nevoii de somn.
Nu pot să întreprind nimic deoarece insomnia este cauzată de un dezechilibru de tip biochimic.	Nu există dovezi științifice care să susțină această ipoteză. Somniferele nu compensează un dezechilibru biochimic.	Această convingere conduce la o altă convingere eronată: „Nu este nimic de făcut". Pierderea încrederii în capacitatea subiectului de a-și regla somnul nu face decât să îl perturbe și mai mult.

Reamintim faptul că unele substanțe au efecte negative asupra calității somnului. Astfel, cafeina are un efect activator asupra organismului și este frecvent utilizată pentru a înlătura oboseala din timpul zilei. Deși reacția la cafeină diferă de la individ la individ, în majoritatea cazurilor consumul excesiv de cafea produce dificultăți de adormire și un somn agitat.

Specialiștii recomandă să se consume doar o ceașcă de cafea dimineața, iar când acest lucru nu este posibil, să nu se bea cafea decât cu cel puțin șase ore înainte de culcare.

Nicotina reprezintă la rândul ei o substanță incompatibilă cu somnul, deoarece are o acțiune stimulatoare asupra organismului.

Alcoolul are un efect paradoxal. Mulți clienți care suferă de insomnie obișnuiesc să consume alcool seara considerând că acesta îi ajută să se relaxeze. Deși consumul de alcool poate facilita adormirea, pe timpul nopții acesta produce un somn agitat, cu mai multe treziri.

De asemenea, studiile au evidențiat faptul că ingestia de alcool reduce somnul REM în prima jumătate a nopții, ceea ce are drept efect prezența unor vise foarte dinamice, adesea sub formă de coșmaruri. Printre alte efecte negative ale consumului de alcool se numără transpirațiile abundente și apneea nocturnă (Carney și Manber, 2009).

Ce necesită atenție este faptul că, odată început consumul de alcool de către o persoană care suferă de insomnie, acesta va avea tendința să crească, fiind necesară o cantitate tot mai mare pentru a obține aceleași efecte.

Studiile clinice au evidențiat că alcoolismul cronic generează insomnia, dificultăți de adormire, somn superficial cu treziri frecvente, precum și reducerea somnului cu unde lente și a somnului REM (Vitiello, 1997; Weissman *et al.*, 1997; Foster și Peters, 1999; Roehrs și Roth, 2001).

Din nefericire, tulburările de somn la alcoolici persistă și câteva luni sau chiar ani după abandonarea consumului (Adamson și Burdick, 1973; Drummond *et al.*, 1998).

Tratamentul psihiatric pentru insomnie nu s-a dovedit prea eficient deoarece organismul uman se adaptează rapid la somnifere și acestea necesită schimbare frecventă, sau necesită recomandarea unei doze mai mari. Creșterea dozelor de somnifere are efecte negative foarte mari asupra individului.

Somniferele reprezintă o soluție doar pe termen scurt pentru unii clienți.

Unul dintre efectele secundare nedorite ale consumului de somnifere admise de Federația Americană pentru Alimente și Medicamente constă în aceea că în timpul somnului subiectul poate face lucruri de care nu-și mai amintește, ca în cazul somnambulismului (individul poate mânca în timpul nopții, se poate urca la volanul autoturismului etc.). Deși aceste cazuri sunt relativ rare, mediatizarea acestora a creat o anumită rezervă în rândul persoanelor care ar dori să apeleze la somnifere.

De asemenea, medicația nu trebuie întreruptă brusc, deoarece s-a constatat reinstalarea rapidă a insomniei (Greenblatt, 1992).

Revenirea insomniei poate activa convingerea negativă disfuncțională „nu pot să dorm fără somnifere", fapt ce îi creează clientului o dependență psihologică față de acestea.

Utilizarea alcoolului, cafeinei, nicotinei, a somniferelor sau chiar a produselor naturiste reprezintă comportamente de asigurare pentru prevenirea producerii unor consecințe cum ar fi insomnia sau oboseala de a doua zi. Aceste comportamente reîntăresc convingerea negativă disfuncțională referitoare la faptul că subiectul nu dispune de suficiente mecanisme pentru a-și regla somnul.

Această convingere conduce la creșterea anxietății care, la rândul ei, într-un cerc vicios, perturbă somnul. Mulți clienți care suferă de insomnie primesc și alte medicamente, pentru depresie, anxietate sau dureri cronice (Carney și Manber, 2009).

Medicația antidepresivă are efecte diverse asupra somnului, unele medicamente din această clasă accentuând insomnia, altele, dimpotrivă, având efecte secundare neutre sau pozitive asupra somnului.

În cazul anxietății se utilizează substanțe care conțin inhibitori de serotonină sau benzodiazepine.

Prima categorie de substanțe poate avea efecte negative asupra somnului la unii clienți, în timp ce benzodiazepinele pot ajuta subiectul să doarmă mai ușor, dar la fel ca în cazul somniferelor (hipnotice) se constată creșterea toleranței organismului la substanță, urmată de necesitatea creșterii dozelor, cu efectele secundare negative specifice.

Analgezicele utilizate pentru combaterea durerii îmbracă diverse forme, și aici unele având efecte negative asupra somnului, în timp ce altele au efecte neutre sau benefice. Din acest motiv, utilizarea analgezicelor trebuie realizată sub monitorizarea atentă a medicului specialist, fie psihiatru, fie cel care se ocupă de problemele durerilor cronice.

Barierele care stau în calea tratamentului insomniei

(Carney și Manber, 2009)

Autorii menționați mai sus recomandă clienților să monitorizeze modul în care au respectat indicațiile terapeutice și astfel să identifice obstacolele care le-au stat în cale, după următorul model (adaptat de noi după Carney și Manber, 2009, pp. 140–141):

Strategii psihoterapeutice recomandate	**Modul în care au fost aplicate**				**Obstacole care stau în calea schimbării**	**Soluții**
	Deloc	Rar	Adesea	Permanent		
Să practic un exercițiu de relaxare înainte de a mă culca.		X			Copiii mei intră și ies frecvent din cameră pentru a-mi cere ceva sau a mă întreba ceva.	Pot ruga soțul să se ocupe de copii timp de o jumătate de oră.
Să evit să fac alte activități în pat în afară de somn și sex.		X			Soțului meu îi place să se uite la televizor în pat și el s-ar supăra dacă i-aș cere să-l închidă.	Aș putea să-i explic situația și să-l rog să se uite la televizor în camera de zi. Sunt sigură că soțul meu ar fi mai fericit dacă eu aș dormi bine.

Studiile clinice au identificat mai multe obstacole care stau în calea tratamentului insomniei (Carney și Manber, 2009). Acestea sunt următoarele:

- Depresia și lipsa motivației

Studiu de caz

Grațiela, o contabilă în vârstă de 44 de ani, divorțată, povestește că suferă de insomnii rebele de mai mult de șapte ani. Acestea s-au accentuat semnificativ în urma divorțului. Clienta nu are copii și lucrează în calitate de expert contabil, persoană fizică autorizată. Acest gen de activitate îi permite să stea mai mult timp acasă și să lucreze pe calculator, fapt care i-a agravat depresia. Medicația psihotropă a dat rezultate slabe în ceea ce privește ameliorarea problemelor legate de somn.

Întrebată fiind dacă se ridică din pat dimineața după ce se trezește, Grațiela a afirmat că nu reușește să facă acest lucru, care i se pare mult prea dificil, nefiind motivată să o facă. Terapeutul a mai adresat întrebări legate de simptomatologia depresivă, punând accent pe cele legate de igiena personală. Clienta a relatat că nu simte niciun fel de motivație să se spele și să se îmbrace, dar că totuși face aceste lucruri.

În această situație, prescripția terapeutică a fost ca pacienta să se ridice din pat dimineața, imediat, chiar dacă nu simte nevoia să o facă. Pacienta a început să răspundă pozitiv acestei sarcini, urmând în continuare programul propus de psihoterapeut.

- Cazurile în care clienții se simt depășiți de dificultatea sarcinilor trasate de terapeuți

Studiu de caz

Alexia, în vârstă de 53 de ani, o profesoară pensionată medical pentru o artrită severă, a afirmat pe parcursul terapiei faptul că sarcinile terapeutice i se par prea multe și prea dificile. Terapeutul a redus numărul sarcinilor la trei, pe care clienta le-a apreciat ca fiind mai ușoare:

— Să nu desfășoare nicio altă activitate în pat;
— Să se ridice din pat dacă rămâne trează mai mult de jumătate de oră;
— Să nu petreacă în pat mai mult timp decât i-a prescris medicul.

- Teama de a nu suferi un atac de panică în timpul nopții

Așa cum menționam anterior, unii clienți suferă de atacuri de panică nocturne. În astfel de cazuri este necesară înțelegerea mecanismelor atacului de panică și tratarea simptomelor acestuia, pe lângă

problema insomniei. Printre cele mai utile strategii terapeutice se numără în această situație cele cognitiv-comportamentale, relaxarea și tehnicile de gimnastică respiratorie.

Clientul poate conștientiza faptul că aceste simptome sunt lipsite de consecințe grave și că pot fi controlate.

Trebuie subliniat însă că pentru subiecții care prezintă simptome de sufocare (împreună cu celelalte simptome specifice atacului de panică) prezentarea la medicul specialist este obligatorie pentru a fi investigați și pentru a primi un diagnostic adecvat în cazul constatării prezenței apneei nocturne. În acest caz tratamentul necesită o abordare diferențiată.

- Lipsa unor activități cu caracter stimulator

O parte dintre subiecții care au avut locuri de muncă stresante pun insomnia de obicei pe seama stresului și abia așteaptă să iasă la pensie. Ulterior însă, reducerea semnificativă a activităților, în loc să corecteze insomnia, vor produce o accentuare a acesteia pentru aceste persoane.

Izolarea socială și lipsa de activitate potențează pentru acești subiecți depresia și simptomatologia anxioasă.

- Teama de coșmaruri

Visele terifiante apar foarte frecvent mai ales la persoanele care suferă de tulburare de stres posttraumatică (PTSD).

În astfel de situații, se instituie o abordare psihoterapeutică specială. Se recomandă, totodată, și tratamentul insomniei, deoarece studiile au arătat că cel puțin jumătate dintre clienții care au urmat psihoterapie pentru tulburarea de stres posttraumatică continuă să aibă dificultăți grave legate de somn (Zayfert și DeViva, 2004).

În cazurile în care coșmarurile persistă și după tratament sau nu par a avea legătură cu trauma, Carney și Manber (2009, p. 150) propun o strategie de monitorizare și modificare a viselor care poate fi utilizată prin repetarea în plan imaginativ de către client.

Subiectului i se cere să noteze într-un jurnal conținutul coșmarului care îl tulbură și care are tendința să se repete. În cazul în care este vorba de mai multe scenarii se poate alege unul dintre acestea. Apoi, conținutul visului trebuie rescris astfel încât să nu mai aibă un caracter terifiant. După ce clientul a identificat forma dorită a visului, acesta trebuie repetat mental în stare de relaxare.

Astfel, vechiul coșmar nu va mai avea tendința de a se repeta atât de frecvent încât să conducă la insomnii.

VIII
Intervenții psihoterapeutice în tendința de amânare

Tendința de amânare pare a fi o problemă îngrijorătoare și este de multe ori caracterizată ca fiind un fenomen neplăcut, vătămător și disfuncțional. Într-o cercetare realizată în 2005, peste 95% din participanți își exprimau de altfel dorința ca acest comportament de amânare să fie redus (Moon și Illingworth, 2005). Având în vedere relativa noutate a tendinței de amânare în cercetare, trebuie consemnat faptul că încă nu s-a formulat o teorie cuprinzătoare a acesteia. Tendința de amânare poate fi considerată „sindromul zilei de mâine" (Knaus, 2002). Marea parte a literaturii disponibile ce reflectă acest subiect s-a concentrat asupra laturii negative a tendinței de amânare, considerată ca fiind o formă de autodefavorizare a subiecților ce este implicată uneori în apărarea stimei de sine.

Unul dintre cele mai importante aspecte consemnate este faptul că tendința de amânare poate aduce satisfacție pe termen scurt, în schimb, pe termen lung, aceasta poate genera stres ridicat și disfuncționalități cognitiv-comportamentale.

În special populația aflată la vârsta studenției caută ajutor la consilieri și psihoterapeuți, plângându-se de cât de neplăcut se simte din cauza acestui obicei (Schowuenburg, Lay, Pychyl și Ferrari, 2004) și că acesta ar atrage după sine un nivel mai scăzut al satisfacției față de viață. Pe de altă parte, tendința de amânare pare că are și o latură pozitivă, astfel că subiecții care aleg să întârzie realizarea unei sarcini sau chiar să anuleze o sarcină aversivă pot face ceva plăcut în locul acesteia. O altă caracteristică a subiecților cu tendință de amânare este capacitatea lor de a-și regla emoțiile negative într-un timp scurt.

Astfel, unele dintre persoanele care procrastinează sunt cele care gândesc pozitiv în legătură cu dorințele lor. Spre exemplu, studenții

amână studiul pentru examene din cauza preferinței lor pentru alte activități, precum socializarea și petrecerea timpului cu prietenii. Ei amână studiul și în baza gândirii pozitive conform căreia pot învăța materialul și în ultima noapte sau că examenul va fi ușor ș.a. (Tuckman, 2002).

Amânând, studenții nu prezintă emoții negative pentru că sunt implicați în activități plăcute, tendința de amânare fiind chiar benefică. Într-o lucrare realizată de Chu și Choi (2005), de exemplu, s-a înregistrat faptul că unii studenți beneficiază de lucrul sub presiune și aleg astfel în mod voluntar să amâne o activitate.

Studiu de caz

Ioana, în vârstă de 25 ani, este proaspătă absolventă a Facultății de Biologie. Ea s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie cu o problemă mai puțin obișnuită, după cum relatează în cadrul primei ședințe. Clienta povestește că, încă de când a intrat la facultate, în perioada sesiunilor de examene a început să își găsească tot felul de preocupări, foarte diferite și care îi răpeau mult timp. Astfel, cu toate că își propunea să se pregătească pentru examene în mod susținut și să aloce în fiecare zi un număr de ore de studiu pentru materiile respective, clienta se trezea de dimineață și începea diverse activități de gospodărie pe care le îndeplinea cu multă atenție. Fie că făcea curat în apartamentul pe care îl împărțea cu o altă colegă, fie că spăla și călca haine sau că mergea la cumpărături pentru aprovizionarea cu alimente ori viziona serialele ei favorite, Ioana își ocupa practic timpul de învățat cu toate aceste activități. Cu cât se apropia mai mult data de susținere a examenelor, cu atât clienta își spunea că este nevoie să se concentreze pe studiu, dar continua să-și găsească ceva de făcut prin casă. Rezultatul era că se apuca de învățat mai mereu cu o noapte sau două înainte de examen, fiind obosită și stresată. Lucrul acesta se reflecta într-o performanță școlară mediocră, fapt care o făcea de fiecare dată să se simtă vinovată și neputincioasă.

Cu toate acestea, Ioana a reușit să-și termine studiile, dar rezultatul final a făcut-o să se simtă dezamăgită de ea însăși și să considere că nu va putea în viitor să urmeze un master în domeniu.

Ca mulți alți termeni comuni (din punct de vedere lingvistic) care ulterior suferă un proces de elaborare specific studiului științific, definițiile pentru tendința de amânare tind să fie aproape la fel de abundente ca și numărul de cercetători care investighează acest subiect (Ferrari, Johnson și McCown, 1995). Inițial, varietatea acestor definiții poate creiona ideea ascunderii naturii tendinței de amânare,

dar la o cercetare mai atentă putem conchide asupra faptului că aceste definiţii au rolul de clarifica în sine conceptul.

Încercările diferite ale cercetătorilor care au ca scop rafinarea înţelegerii termenului sunt mai degrabă complementare decât contradictorii. În plus, orice temă comună relevă un miez sau element esenţial. Este evident că toate conceptualizările tendinţei de amânare recunosc că trebuie să existe o amânare sau o neluare a unei decizii, în conformitate cu termenul din latină „pro", care înseamnă „înainte", „mai departe" sau „în favoarea" şi „crastinus" adică „de mâine" (Beswick şi Mann, 1994).

Pornind de la această bază de conceptualizare, mai mulţi cercetători consideră că tendinţa de amânare este atunci când o persoană întârzie începutul sau completarea cursului unei acţiuni (Beswick şi Mann, 1994). Pe de altă parte, este separată tendinţa de amânare de evitarea de a lua o simplă decizie prin care intenţia oamenilor, iniţială, este de a întârzia procesul.

Mai mult, tendinţa de amânare este cel mai adesea considerată a fi iraţională şi face referire la un comportament reflectând definiţia din dicţionar: „amânarea unei acţiuni, în special fără un motiv bun" (*Oxford English Dictionary*, 1996).

A fi iraţional presupune tot alegerea unui curs de acţiune, în ciuda aşteptării ca acesta să nu maximizeze interesele, preferinţele sau obiectivele materiale, precum banii, şi pe cele psihologice, cum ar fi fericirea. Combinând aceste elemente, se sugerează că tendinţa de amânare este reflectată prin amânarea în mod voluntar a cursului unei acţiuni prevăzute, în ciuda faptului că persoana se aşteaptă ca întârzierea să-i provoace probleme.

Tendinţa de amânare este studiată astăzi ca problematică ce se regăseşte în plan psihoemoţional, dar şi în plan social. O privire generală ne va permite să desprindem faptul că tendinţa de amânare îşi face loc printre comportamentele persoanelor începând cu amplasarea lor într-un anume mediu şi până la sănătate, aceste situaţii fiind reflectate prin conduitele de îngrijorare ale indivizilor combinate cu un anume timp de amânare (Fernie şi Spada, 2008).

Un studiu desfăşurat de compania H&R Block a indicat că tendinţa de amânare a oamenilor privind plata impozitelor, cu o valoare medie de 400 de dolari pentru un individ, a atras, din cauza erorilor consecutive cauzate de tergiversări, un rezultat de peste 473 de milioane dolari în plăţi excedentare în 2002 (Kasper, 2004).

În domeniul medical a fost raportat faptul că tendința de amânare a pacienților reprezintă o problemă majoră. Tendința de amânare se asociază frecvent cu comportamente și rezultate negative, precum performanța academică scăzută, lipsa motivației, forme variate ale anxietății (Chabaud, Ferrand și Maury, 2010), utilizarea strategiilor bazate pe gânduri iraționale (Beswick, Rothblum, și Mann, 1988; Schubert, Lilly și Stewart, 2000) și poate duce, pe lângă consecințele fizice negative, la probleme de sănătate mentală (Sirois, 2004).

Van Eerde (2003) a realizat o meta-analiză a studiilor desfășurate asupra tendinței de amânare, cu rezultate statistice solide, dar limitate la domeniul de aplicare.

Meta-analiza acestui autor s-a bazat pe 88 de articole, dar acesta nu a inclus variabile cum ar fi efectele activității indivizilor sau constatările făcute asupra studiilor experimentale, nici nu a luat în considerare multiplele fațete legate de studiul personalității (de exemplu, extraversiunea sau impulsivitatea).

Deloc surprinzător, tendința de amânare a devenit practic un domeniu de interes spre exemplu pentru aria economiei comportamentale (Thaler și Sunstein, 2008).

În ciuda acestei creșteri care se manifestă în varii domenii și care conduce la recunoaștere și importanță, natura exactă a tendinței de amânare este încă dezbătută în cercetările de specialitate. Tendința de amânare se fundamentează pe neîndeplinirea irațională de sarcini și este explicitată ca fiind modalitatea de a întârzia în mod voluntar un curs de acțiune prevăzut, în ciuda așteptărilor individului ca întârzierea să se răsfrângă negativ asupra lui. Un astfel de punct de vedere este în concordanță cu informațiile specifice neurobiologice, anume că intențiile unei persoane pe termen lung sunt construite în principal în cortexul prefrontal, dar că acestea pot fi înlocuite prin impulsuri generate de sistemul limbic, care este deosebit de sensibil la stimulii concreți orientați înspre gratificarea imediată. Rezultatul este că oamenii își propun să acționeze, dar renunță la momentul respectiv, constatând că preferințele se schimbă brusc în funcție de existența unor tentații plăcute. Acest lucru ar putea explica de ce impulsivitatea este una dintre trăsăturile cel mai puternic asociate cu tendința de amânare.

Oamenii au tendința astfel de a renunța la îndeplinirea de sarcini pe termen lung, cu recompense îndepărtate, pentru că sunt distrași în mod impulsiv de recompensele obținute pe termen scurt.

Prima analiză reală asupra tendinței de amânare a fost realizată de Milgram și colaboratorii săi (1992), care au susținut că societățile avansate din punct de vedere tehnic au nevoie de un sistem format din numeroase angajamente și termene-limită, care oferă un curs ascendent acesteia. Prin urmare, societățile agrare nedezvoltate din trecut nu au fost atât de afectate de tendința de amânare. În 1995, Ferrari, Johnson și McCown declară o poziție similară, dar aduc în discuție faptul că această tendință de amânare a existat de fapt de-a lungul istoriei, doar că a dobândit cu adevărat conotații negative odată cu apariția revoluției industriale, în preajma anilor 1750.

Până la acel moment, tendința de amânare a avut un aspect neutru și putea fi interpretată ca un înțelept curs de inacțiune. Astfel, se poate sugera că amânarea este o maladie modernă, și conform celor declarate astăzi de indivizii înșiși în legătură cu tendința de amânare a indicat că aceasta ar putea fi în creștere (Kachgal *et al.*, 2001). În ciuda acestei creșteri, referințele istorice au indicat că puncte de vedere cu privire la tendința de amânare au fost rezonabil constante de-a lungul veacurilor: este și a fost mult timp o problemă predominantă. Pornind de la revoluția industrială, Samuel Johnson (1751) a descris amânarea ca fiind unul dintre punctele slabe generale, care, în ciuda instrucțiunilor date de moraliști și motivației oferite, prevala într-un grad mai mare sau mai mic în fiecare minte.

Un contemporan al lui Johnson, Philip Stanhope (1749/1968) spunea: „Nu lene, nu amânare; nu lăsa pe mâine ce poți face azi".

Factorii cauzali ai tendinței de amânare

Factorii cauzali ai tendinței de amânare sunt reprezentativi pentru o serie de teorii, dintre care unele susțin că procrastinarea pleacă de la autoritatea parentală, că părinții care nu-și lasă copiii să-și dezvolte libera inițiativă încurajează activarea acestui comportament. Lay (citat de Flett, Hewitt și Martin, 1995) susținea faptul că gândirea și acțiunile oamenilor sunt formate în termeni de dorințe și visuri și tocmai acest lucru duce la manifestarea comportamentului de amânare. Alte teorii susțin incapacitatea de planificare pe care o are o persoană. De asemenea, printre cele mai frecvente cauze, se regăsesc rebeliunea, teama de eșec sau succes (pentru că succesul implică responsabilitate), lipsa de plăcere sau de motivație.

De-a lungul timpului s-a presupus și cercetat că tendința de amânare este influențată de diverși factori precum:

- cerințele externe impuse, care sunt mari;
- un management al timpului slab organizat;
- motivația;
- perfecționismul;
- factori de personalitate: nevrotism, extraversie, agreabilitate, deschidere și conștiinciozitate.

Multe studii, precum cele ale lui Flett *et al.* (1995), Brownlow și Reasinger (2000) au subliniat influența perfecționismului asupra tendinței de amânare. Perfecționiștii se îndoiesc de propria persoană, se tem de eșec și de posibilitatea de a fi respinși. Perfecționiștii sunt subiecți care au luat hotărârea să fie perfecți, considerând că acest lucru îi conduce spre excelență, însă, de fapt, în realitate, această tendință duce spre frânarea oricărei realizări. Perfecționiștii au o atitudine nerealistă în stabilirea expectanțelor și standardelor, care de multe ori sunt prea înalte în raport cu posibilitățile pe care le au și cu acțiunile pe care le întreprind.

Studiu de caz

Petru, inginer constructor în vârstă de 47 de ani, afirmă despre sine că este o persoană perfecționistă. Subiectul este pasionat de meseria sa, cu toate acestea, el spune că de multe ori a fost pus în imposibilitatea de a lucra „așa cum își dorește". El se descrie pe sine ca fiind un om al detaliului și afirmă că întreaga lui existență s-a construit în jurul acestui tip de comportament.

Concentrându-se pe fiecare dintre proiectele sale, Petru a investit mereu mult timp în a le duce la îndeplinire. Cu toate acestea, angajatorii săi nu erau mulțumiți, pentru că inginerul amâna de nenumărate ori termenul de predare a lucrărilor, afirmând în repetate rânduri că mai are de finisat o serie de aspecte. Lui Petru i se pare normal să întârzie în realizarea și finalizarea proiectelor sale, pentru că, afirmă el: „Aici nu ne jucăm, vreau ca totul să fie perfect". Astfel, subiectul consideră că este firesc să petreacă mult timp la serviciu, peste 12 ore pe zi, și se arată contrariat când oamenii din echipa sa refuză să facă același lucru. Toate aceste manifestări îl fac să fie foarte supărat, iar când primește observații din partea angajatorilor consideră că este nedreptățit și se simte frustrat și iritat. El susține că nu este nimic greșit în comportamentul său și că a amâna să duci lucrurile la final înseamnă de fapt să te concentrezi pe calitate, indiferent de ceea ce îți cer ceilalți oameni.

Un alt factor important care influențează apariția comportamentului de amânare este motivația. Mulți cercetători asociază tendința de amânare cu lipsa motivației intrinseci.

Atunci când sunt luate în considerare sursele tendinței de amânare, sunt identificați o serie de factori cauzali care contribuie spre exemplu la procrastinarea academică, așa cum aminteam anterior.

Investigațiile timpurii legate de motivele tendinței de amânare au fost realizate de clinicieni precum Burka și Yuen (1983), Ellis și Knaus (1977). Ei au sugerat rolul de factor cauzal al proceselor cognitive individuale. Studiile subsecvente au relevat o serie de factori legați de tendința de amânare, dintre care se vor enumera aici: modalitatea de a lua decizii, rebeliunea împotriva controlului, un nivel scăzut al stimei de sine, autoreglarea scăzută, locul controlului extern, perfecționismul orientat către sine (Seo, 2008), lipsa capacității de a evalua, teama de consecințele succesului, aversiunea percepută în legătură cu sarcinile și standardele perfecționiste legate de competență (Burka și Yuen, 1983). Alți experți au sugerat că există o formă care limitează, în care indivizii au o percepție a competenței scăzute și o teamă de eșec în legătură cu capacitatea de a îndeplini o anumită sarcină, astfel încât s-ar putea ca oamenii să amâne sarcinile pentru a-și proteja stima de sine amenințată (Ferrari, 1991).

Fiecare persoană se confruntă, măcar o dată în viață, cu această tendință atunci când trebuie să ducă la bun sfârșit un lucru pentru care și-a asumat o responsabilitate. În situația în care acest tip de comportament se repetă și atrage după sine disfuncționalitate exprimată prin stres, regret, panică și chiar insatisfacție, atunci putem vorbi despre o problemă care necesită rezolvare.

Tendința de amânare corespunde acțiunii de a amâna lucrurile până în ultimul minut, iar aceasta afectează într-un mod negativ multe aspecte ale vieții oamenilor.

Monchec and Munchik (1988) semnalează că tendința de amânare se distinge prin consecințe obiective și subiective semnificative. „În rândul consecințelor obiective se înregistrează: ratarea termenelor-limită, pierderea oportunităților, pierderea venitului, productivitatea scăzută, irosirea timpului, pierderea statutului la locul de muncă.

Pe de altă parte, consecințele subiective sunt regăsite în instalarea unui moral scăzut pentru persoana care procrastinează, accentuarea stresului, frustrarea și furia, motivația scăzută." (Van Wyk, 2004, p. 12)

Studiu de caz

Mioara, în vârstă de 35 de ani, grafician la o firmă de publicitate, căsătorită de 12 ani, mama unui băiat de 11 ani, se prezintă la cabinetul psihologic cu

următorele simptome: stări de neliniște și iritabilitate, dureri de spate frecvente și creștere majoră a apetitului.

Clienta afirmă că a luat în greutate 15 kilograme în ultimele patru luni și spune că în ultimul timp a ratat mai multe oportunități la locul de muncă din cauza faptului că amână lucrurile pe care le are de făcut. Relatează că îi stă în obicei să amâne să facă anumite sarcini de serviciu pentru că uneori nu este dispusă să muncească, fără să aibă un motiv anume. Clienta a încercat la un moment dat să stopeze acest comportament, dar a văzut că și alți colegi procedează la fel. Cu toate acestea, la evaluarea anuală, când a primit un calificativ mediocru, și-a dat seama că acest „tras de timp", această amânare a realizării sarcinilor de muncă nu i-a adus ceva bun. Clienta spune că durerile de spate sunt foarte frecvente în ultima jumătate de an, medicul de specialitate indicându-i gimnastică medicală și kinetoterapie, dar că nu a reușit încă să ajungă să facă acest lucru, că a amânat.

Mioara provine dintr-o familie cu șapte copii, dintr-o comună din apropierea Bucureștiului, și povestește că de mică obișnuia să tragă de timp atunci când avea ceva de făcut prin gospodărie. Fiind mezina familiei, mereu frații și surorile ei mai mari rezolvau treburile cu care părinții îi solicitau.

Ea prefera să vadă ce se întâmplă în casă și numai dacă era vorba despre o recompensă se arăta interesată să participe la sarcinile pe care părinții le dădeau copiilor spre a fi îndeplinite.

În cadrul primelor ședințe, clienta a relatat faptul că își dă seama că pentru ea a amâna îndeplinirea unor treburi este ceva firesc, dar faptul că a ratat o promovare o face să se simtă furioasă pe ea însăși, poate pentru prima dată în viață. De asemenea, consideră că luatul în greutate este tot o consecință a acestei tendințe de amânare, deoarece după ce a văzut că s-a îngrășat, în ultima lună în fiecare zi și-a propus să înceapă o dietă și cu toate acestea a continuat să mănânce în același fel.

Tendința de amânare ca trăsătură de personalitate

Problematica amânării, care poate fi considerată o trăsătură de personalitate, necesită identificarea acestui subiect în literatura de specialitate. Pe de o parte, există o serie de ipoteze care testează dacă nivelul tendinței de amânare al oamenilor este consecvent în timp, iar pe de altă parte, dacă tendința de amânare are legătură cu anumite situații. Rezultatele sugerează că tendința de amânare este transtemporală și prezintă o stabilitate situațională. De asemenea, se pare că există o componentă biologică sau genetică pentru procrastinare. Schouwenburg (2001) atrage atenția asupra faptului că diverse studii au arătat că există un cluster distinct de caracteristici legate de tendința de amânare: slab control al impulsurilor, lipsa de perseverență, lipsa de disciplină a muncii, lipsa de aptitudini în procesul de gestionare

a timpului și incapacitatea de a lucra metodic, toate acestea întâlnite la o serie de persoane.

În această constelație, se pare că există o justificare foarte redusă de a vizualiza tendința de amânare ca fiind o trăsătură distinctă. Astfel, se sugerează etichetarea tuturor celor descrise mai sus ca reprezentând un grup/cluster cu lipsă de autocontrol.

Caracteristici ale sarcinilor și tendința de amânare

Tendința de amânare implică o alegere voluntară a comportamentului sau realizarea unei sarcini în locul altor opțiuni. Prin urmare, nu pot fi întârziate irațional toate sarcinile, ci doar una, sau poate fi favorizată, pur și simplu, o sarcină în fața altora.

Dacă oamenii nu tărăgănează aleatoriu, natura sarcinii în sine trebuie să aibă un efect asupra deciziilor lor. Adevărul acestei concluzii a apărut în studiul lui Briody (1980), unde aproximativ 50% dintre subiecți au răspuns că amânarea lor a fost din cauza unor caracteristici pe care le prezenta activitatea.

Doi factori de mediu previzibili au fost sugerați, aceștia fiind calendarul de recompense și pedepse și aversiunea față de sarcină. Studiile au arătat că depărtarea mecanismului de recompense în timp are un mai slab impact asupra deciziilor oamenilor (Lewin, 1935). Ainslie (1975) a descris acest fenomen dintr-o perspectivă predominant psihologică, în conformitate cu manifestarea nivelului de impulsivitate la indivizi, în timp ce Loewenstein și Elster (1992) au urmărit rădăcinile sale din punct de vedere predominant economic, în termeni de decontare în timp.

Efectul este important, și alte cercetări au permis introducerea sa ca fiind una dintre manifestările psihologice specifice legilor învățării sau ca un model economic dominant de alegere intertemporală sau de utilitate redusă (Loewenstein și Elster, 1992). Având în vedere această construcție, nu este surprinzător faptul că modelul a fost utilizat pentru a explica tendința de amânare.

În eseul său despre amânare, Samuel Johnson (1751) a postulat faptul că proximitatea temporală este o cauză în care apare ca firesc și natural ca individul „să fie mai preocupat de ceea ce este prin apropiere și că acest lucru va face impresii mai puternice".

Recent, această preferință pentru prezent a fost reintrodusă de către O'Donoghue și Rabin (1999), care au folosit modelul economic de utilitate redusă pentru a descrie diverse forme de amânare, cum

ar fi tendința oamenilor de a economisi inadecvat pentru anii de pensionare.

„Încercările de a descrie relația dintre tendința de amânare și diferențele individuale au fost abundente. Pentru a ajuta la organizarea datelor rezultatelor din studiile de specialitate, cercetătorii au organizat trăsăturile în modelul celor cinci factori de personalitate. În același timp, mai mulți cercetători și-au concentrat activitatea pe o singură fațetă sau pe o singură trăsătură, cum ar fi impulsivitatea. Deoarece domeniul de personalitate nu are definitivată terminologia la nivel de aspecte ale fațetelor, această situație generează un număr mare de confuzii și creează probleme cu privire la ce fațete ar trebui să fie asociate cu anumite trăsături de personalitate specifice. Pentru a elimina redundanța, au fost grupate împreună fațete care prezintă în mod similar asocierea teoretică cu tendința de amânare. Prin urmare, rezultatele arată că nevrotismul este analizat împreună cu patru dintre fațetele sale: convingerile iraționale, autoeficacitatea și stima de sine, autodezavantajarea și depresia.

În mod similar, extraversiunea ca trăsătură este analizată împreună cu trei dintre fațetele sale: afecte pozitive, impulsivitate și căutare de senzații. Agreabilitatea este considerată numai la nivel de trăsătură, așa cum este și deschiderea de a experimenta. Inteligența/aptitudinea este, de asemenea, discutată alături de deschiderea de a experimenta, dar este analizată separat. Iar în final, reiese că analiza conștiinciozității este luată în considerare împreună cu mai multe constructe legate de autocontrol: distractibilitate, organizare, realizarea motivațională, diferența dintre intenție și acțiune."

Tendința de amânare activă și pasivă

În timp ce este normal ca oamenii să procrastineze într-un anumit grad, unele studii vorbind despre tendința de amânare activă, aceasta devine o problemă atunci când împiedică funcționarea normală (Chu și Choi, 2005). Tendința de amânare activă face referire la persoanele care se arată dornice să lucreze sub presiune și care procedează în acest sens, procrastinând. Aceste persoane pot să-și prioritizeze sarcinile pe care le au de efectuat și o pot face în mod creativ, crescându-și astfel șansa de a fi împiedicate de procesul de amânare. Tendința de amânare pasivă se referă la „clasicii" procrastinării, indivizii care sunt incapabili să ia o decizie și care sunt ca paralizați atunci când au

în față efectuarea unei sarcini. Tendința de amânare cronică poate fi semnul unei tulburări psihice sau fiziologice. (Steel, 2007, p. 68)

Tendința de amânare activă înseamnă că indivizii iau decizia conștientă de a procrastina, având ca motor o motivație puternică legată de presiunea timpului și abilitatea de a realiza sarcini înaintea termenului și a obține astfel rezultate satisfăcătoare (Chu și Choi, 2005). Această definiție este similară cu ceea ce a definit Ferrari (1994) ca fiind „procrastinarea funcțională", care reprezintă un comportament ocazional, acceptabil, incluzând: tactici orientate spre scop care au ca rezultat succesul. Choi și Moran (2009) au argumentat că procrastinarea activă are câteva caracteristici comportamentale observabile incluzând: a) preferința pentru presiunea timpului, b) decizia cognitivă de a trage de timp, c) capacitatea cognitivă de a atinge termenul-limită, d) abilitatea de a atinge un rezultat satisfăcător.

În mod specific, când persoana care amână se confruntă cu presiunea ultimului moment, tinde să se bucure de provocare, ceea ce duce la creșterea motivației. Din contră, în varianta pasivă, subiectul organizează activitatea, deși nu se ține de un program rigid. Poate estima minimul de timp necesar pentru a realiza sarcina și se forțează să atingă scopul chiar și în ultimul moment.

Spre deosebire de varianta pasivă, în cea activă sunt preluate sarcini orientate spre strategii de *coping* ce funcționează sub stres. Astfel, persoanele active știu cum să se motiveze sub presiunea timpului, iau decizia voluntară de a amâna activitatea și își termină la timp sarcina. De regulă obțin rezultate satisfăcătoare în ciuda tendinței de amânare (Chu și Choi, 2005). Deși tendința de amânare a fost considerată un fenomen negativ, în forma activă ea are implicații pozitive pentru unele persoane în sensul autoeficacității, *coping*-ului la stres și performanței (Choi și Moran, 2009; Chu și Choi, 2005).

Tendința de amânare pasivă este forma tradițională. Aceasta este similară cu ceea ce Ferrari (1994) a definit ca procrastinare disfuncțională. Ea include amânarea unei sarcini până în ultimul moment din cauza inabilității de luare a deciziei de a acționa într-o manieră organizată sau alte persoane pot începe munca, dar nu o finalizează niciodată. Tendința de amânare pasivă tinde în general să pună activitatea plăcută în fața altora fără organizare sau planificare a timpului (König și Kleinmann, 2004).

În tendința de amânare pasivă, adesea oamenii eșuează în finalizarea la timp a sarcinilor, probabil din cauza faptului că tind să

subestimeze timpul necesar pentru definitivarea unei anumite sarcini. Spre deosebire de procrastinarea activă, aceştia se pare că se bazează pe strategii de *coping* de tip emoţional sau de evitare.

În general, persoanele eşuează în controlul concentrării asupra sarcinii şi tind să graviteze în jurul activităţilor plăcute decât să persevereze în sarcină (Tice şi Baumeister, 1997). Totodată, oamenii îşi doresc gratificarea imediată a propriilor nevoi, ceea ce poate genera stres pe termen scurt, dar apoi conduce la rezultate în detrimentul propriei persoane (Harriot & Ferrari, 1996). Studiul tendinţei de amânare este în general clasificat în funcţie de patru forme principale ale procrastinării pasive, precum: a) tendinţa de amânare academică, b) tendinţa de amânare legată de muncă), c) tendinţa de amânare legată de rutină şi d) tendinţa de amânare decizională.

Există mai multe criterii pentru a clasifica tendinţa de amânare, astfel pentru ca un comportament să fie considerat tendinţă de amânare, acesta trebuie să fie: neproductiv, inutil şi întârziat. Persoanele care procrastinează se bazează mai mult pe „visuri şi dorinţe", în loc de a-şi pune în valoare potenţialul. Alţii sunt prea perfecţionişti şi, din cauza temerii de a fi evaluaţi negativ, amână începerea sau finalizarea unei acţiuni sau a unui obiectiv.

Linda Sapadin (1997) afirmă că există şase tipuri de indivizi care amână, şi anume: perfecţionistul, cel care face crize, visătorul, cel care se îngrijorează, cel care se suprasolicită, cel care nu se supune.

Un motiv major pentru a procrastina este sentimentul de inadecvare, ce va atrage după sine lipsa încrederii şi inabilităţile în raport cu sarcinile de rezolvat.

Teoriile behavioriste sugerează că tendinţa de amânare are legătură cu condiţionarea operantă. Punctul de vedere al behavioriştilor se adresează legăturii dintre acest tip de comportament, de amânare, şi obţinerea unor rezultate pozitive. În populaţiile de studenţi, cei care procrastinează par într-adevăr să-şi amintească mai multe cazuri de succes cu lucrări date în ultimul minut decât neprocrastinatorii (Ferrari *et al.*, 1995).

Alternativ, condiţionarea negativă vede tendinţa de amânare în mod intrinsec, deoarece prima va permite eliminarea stimulilor neplăcuţi. Într-adevăr, cu cât este mai neplăcută sarcina, cu atât sunt mai mari şansele unei persoane de a pune în act comportamentul de amânare (Solomon şi Rothblum, 1984).

În mediul academic, problema principală este că sarcinile și beneficiile sunt de multe ori la distanță mare unele de altele din perspectivă temporală. Acest lucru se află în directă legătură cu încălcarea unuia dintre principiile fondatoare ale behaviorismului: contingența urgentă dintre sarcină și procesul de consolidare a acesteia.

Principiul se bazează pe actualizarea acestei discrepanțe și permite construirea ipotezei care sugerează că, dacă recompensa este mult îndepărtată, atunci oamenii au mai multe șanse de a amâna acțiunea sau sarcina (Schouwenburg, 1995). Această ipoteză a fost verificată într-un studiu longitudinal care se adresa tendinței de amânare în mediul academic, arătând o scădere clară prin amânarea comportamentului atunci când se apropie termenele de predare a lucrărilor (Moon și Illingworth, 2005). Din perspectiva comportamentală, Skinner (1953) a sugerat că un comportament există atâta vreme cât el este reîntărit. Conform teoriei reîntăririi, tendința de amânare intervine ca rezultat al istoriei anterioare a procrastinării care s-a încheiat cu un succes.

Teoria clasică a învățării pune accent pe importanța recompenselor și pedepselor asupra comportamentelor. Conform lui McCown (1986), „comportamentaliștii cred că tendința de amânare este un comportament învățat dezvoltat de preferințele umane pentru activități plăcute și recompense pe termen scurt". Un alt punct de vedere legat de motivul pentru care studenții procrastinează este acela că, probabil, ei au mai făcut acest lucru și totuși au ajuns la rezultatele dorite. În general, studenții se raportează la anii de liceu în care s-au descurcat destul de bine în ciuda tendinței constante de amânare, descoperind că în liceu puteau face lucrurile bine chiar și în ultimul moment.

Conform teoriei învățării, tendința de amânare poate interveni din motive precum acela că studenții fie nu au fost răsplătiți, fie nu au fost pedepsiți suficient (Ferrari *et al.*, 1995).

Teoria contemporană a învățării a lărgit conceptul tradițional al recompensei și pedepsei în teoria clasică a reîntăririi. Astfel, la persoanele care procrastinează fie prin sustragere, fie prin amânare, poate fi observată condiționarea. Condiționarea prin sustragere apare când studenții încep o sarcină și apoi o abandonează fără să fie terminată. Condiționarea prin evitare poate interveni atunci când sarcina nu este începută niciodată sau este evitată complet (Ferrari *et al.*, 1995).

Stimulii care controlează evitarea pot fi interni sau externi, iar Solomon și Rothblum (1984) sugerează că unul dintre stimulii tendinței de amânare este anxietatea. Studenții care resimt o anxietate extremă au tendința de a amâna sarcinile care sunt reîntărite prin evitarea anxietății în ceea ce privește studiul. Dacă anxietatea este un motiv pentru tendința de amânare sau nu rămâne o problemă controversată, având în vedere că unii cercetători postulează anxietatea ca un motiv de a amâna sarcinile (Burka și Yuen, 1983), iar alții susțin că anxietatea are o legătură mai slabă cu procrastinarea (Lay, 1986; Lay și Silverman, 1996).

Conform lui Janis și Mann (1977), amânarea reprezintă o confruntare cu conflictul și indecizia. Ei sugerează că atunci când un student amână în mod obișnuit, e posibil ca acesta să resimtă un conflict profund legat de tema pe care să și-o aleagă sau indecizie cu privire la ce anume i se cere. Prin amânarea sarcinilor, acesta evită testarea propriilor abilități și le cere celorlalți să ia decizii în locul său, permițându-și să-și atribuie orice posibil eșec în baza planificării sau capacității slabe de decizie a altor persoane (Ferrari, 1994).

Abordările cognitiv-comportamentale

Studiile legate de tendința de amânare bazate pe perspectiva cognitivă examinează motivul pentru care studenții iau decizia conștientă de a procrastina, deși acest lucru are consecințe negative. Variabilele cognitive precum stima de sine și autoeficacitatea au fost studiate în mod frecvent în asociere cu procrastinarea, rezultatele indicând că există o relație semnificativă între credințele legate de autoeficacitate și tendința de amânare academică, sugerând că un nivel scăzut al autoeficacității ar fi legat de nivelurile înalte ale procrastinării (Ferrari, Parker și Ware, 1992).

În mod similar, multe studii au stabilit că există o relație inversă între stima de sine și autoeficacitatea asociate cu tendința de amânare, precum și o asociere frecventă a stimei de sine slabă cu procrastinarea (Beck, Koons și Milgrim, 2000).

Teoreticienii cognitiv-comportamentali au pus accentul pe efectul fricilor irațională și autocriticii. Ei au argumentat că tendința de amânare apare deoarece subiecții sunt adesea nesiguri în ceea ce privește abilitatea lor de a duce la capăt o sarcină. Knaus (2002) a sugerat de asemenea că a crede despre sine că ești inadecvat și a crede că lumea este dificilă îl pot determina pe un student să procrastineze. Tendința

de amânare este un comportament dezadaptativ, care își are sursele în procesul cognitiv și comportamental disfuncțional, iar acest mecanism include: a) decizia de a amâna, b) promisiunea de a începe mai târziu, c) implicarea în activități substitutive, d) scuza care justifică amânarea și obținerea unei scutiri în fața vinii.

Una dintre fricile iraționale comune, spre exemplu, ale studenților este frica de eșec, de asemenea un motiv important al procrastinării academice. Teama de eșec a fost investigată în raport cu procrastinarea de către Solomon și Rothblum (1984). Ei au întreprins studii pe studenți pentru a examina frecvența și motivele procrastinării și au aflat că teama de eșec ocupă cam 50% din totalul factorilor care duc la amânare. Teama de eșec a fost asociată semnificativ cu depresia, gândirea irațională și anxietatea. Corelația negativă a fost găsită în ceea ce privește punctualitatea și obiceiurile de a studia organizat, stima de sine și afirmarea. Autorii au conchis că tendința de amânare în rândul studenților nu reprezintă doar obiceiuri riscante sau gestionarea ineficientă a timpului, ci mai degrabă implică un complex de interacțiuni cognitive, afective și comportamentale.

Ca un studiu ulterior, Rothblum *et al.* (1986) au investigat componentele cognitive, afective și comportamentale la cei care procrastinează la nivel mediu și ridicat. Rezultatele au indicat că mai mult de 40% din studenți au afirmat că aproape întotdeauna amână sarcinile academice până în punctul în care resimt distres. Mai mult, tendința de amânare academică a corelat cu rezultatele comportamentale precum amânarea sarcinilor realizate pe cont propriu și cu performanțe academice mai mici. Studenții cu scoruri mari ale tendinței de amânare au raportat, de asemenea, anxietate ridicată și simptome fizice ale acesteia. Tot aceștia au indicat unele tipare cognitive, incluzând evaluarea negativă, un sentiment scăzut al autoeficacității și un control al sinelui mai mic.

Se observă în literatura legată de procrastinare că abordările timpurii definesc fenomenul în termeni comportamentali. Solomon și Rothblum (1984) au definit procrastinarea ca fiind „un act de amânare nesfârșită a sarcinilor până în punctul experimentării unui disconfort subiectiv" (p. 503). Alți experți (Burka și Yuen, 1983, citați de Ferrari, 2001) au definit fenomenul în relație cu evitarea sarcinii.

Odată cu creșterea popularității abordării cognitiv-comportamentale, definițiile tendinței de amânare s-au mutat înspre includerea componentelor precum iraționalitatea, eșecul în autoreglare (Ferrari,

2001). Același autor consideră că trebuie să existe o componentă afectivă legată de procrastinare, dar că aceasta trebuie studiată în legătură cu componentele cognitive, afective și comportamentale.

În psihologia cognitivă, tendința de amânare a primit însă și explicații pozitive privitoare la modul de rezolvare a problemelor. Cercetătorii speculează că tendința de amânare prevede o perioadă de incubație care este necesară pentru prelucrarea subconștientului. În momentul în care o persoană înregistrează în mintea sa o problemă și decide să se ocupe de ea mai târziu, acest lucru nu înseamnă că mintea sa nu lucrează. În timpul acestei perioade de „gestație fructuoasă", oamenii nu caută de fiecare dată ceva nou, ci, mai degrabă, ei trec în revistă ceea ce au uitat în mintea lor. Mulți indivizi se confruntă adesea cu perioade de blocare sau de fixare atunci când încearcă să găsească o soluție pentru o problemă. Numai după ce se concentrează pe o altă activitate nouă se întâmplă ca în cele din urmă să vină cu o soluție creativă (Smith *et al.*, 1995). Tergiversarea în vederea finalizării unei sarcini ar putea avea, prin urmare, un rol important în furnizarea de soluții pentru persoanele care își exersează în mod creativ acea perioadă de incubație necesară (van Eerde, 2003a).

Alte teorii cognitive prezintă tendința de amânare ca pe o strategie de adaptare. Oamenii amână pentru a evita confruntarea cu lipsa lor de abilitate.

Teoria autodiscrepanței susține că persoanele care procrastinează nu sunt capabile să facă față diferenței dintre realitate și așteptările lor ideale. Aceste discrepanțe sunt ca un combustibil necesar pentru a pune distanță față de confruntarea cu realitatea, ceea ce va duce la un comportament de evitare. O astfel de atitudine de autodezavantajare mută convenabil responsabilitatea persoanei mai departe, dar se pare că ea provine din cauze interne, cum ar fi lipsa de capacitate de a menține controlul în circumstanțe externe sau lipsa de timp resimțită de cel în cauză.

Tendința de amânare este, de asemenea, prezentată ca fiind o strategie de motivare aflată sub (auto)monitorizare. Acest fapt este tradus prin sindromul „Eu muncesc mai bine sub presiune". Așa cum a fost amintit anterior, rezultatele unor studii au arătat că oamenii nu amână fără a discrimina, prin urmare, sarcinile plictisitoare sunt mult mai probabil de a fi amânate pentru a doua zi decât cele interesante (Blunt și Pychyl, 2000). Elevii rar vor amâna să privească la televizor pentru a se ocupa cu aviditate de temele lor școlare. Tendința de

amânare merge în aceeași direcție, departe de tot ceea ce înseamnă obositor și în apropiere de ceva plăcut și fără efort.

Cu toate acestea, persoanele aflate sub presiunea unui termen-limită care se apropie vor percepe că ceea ce a fost inițial plictisitor devine frustrant și este infuzat cu un sentiment de urgență, care generează o emoție asemănătoare cu un comportament agresiv (Ferrari, 2001). La rândul său, acest tip de comportament afectează sistemul nervos autonom simpatic și mărește secreția de catecolamine hormonale, cum ar fi adrenalina (Haller *et al.*, 1998). Procrastinatorii pot aștepta astfel în subconștient ca răspunsurile să fie activate (luptă sau fugă), pentru a-și crește nivelul propriu de excitare. În acest punct, tendința de amânare devine un mecanism de autoreglare, care maximizează utilizarea resurselor cognitive.

Tendința de amânare cronică poate fi o parte integrantă a psihopatologiei în anumite condiții, cum sunt tulburările afective, anxietatea și consumul de substanță. Legătura tendinței de amânare cu impulsivitatea sugerează că sistemul dopaminergic și, în special, nucleul accumbens, reprezintă substraturi neurologice ale acestui comportament (Bishop *et al.*, 2001).

Studiu de caz

Nicolae, în vârstă de 28 de ani, lucrează la o companie multinațională în segmentul de vânzări. Subiectul a absolvit facultatea de electronică și a dorit mereu să lucreze în ramura de cercetare. La puțin timp după ce și-a finalizat studiile, părinții săi au divorțat, tatăl său a plecat din țară și Nicolae a devenit întreținătorul familiei, mama sa neavând niciodată serviciu. Astfel, clientul s-a orientat spre obținerea unui serviciu plătit mai bine, cu toate că dorința lui era alta.

Nicolae a fost un student bun, dar care reușea cu greu să obțină performanță școlară. El obișnuia să amâne până în ultimul moment pregătirea examenelor, găsind tot timpul ceva de realizat în micile proiecte proprii de cercetare pe care le realiza în perioada sesiunilor de examene. Din momentul în care s-a angajat în compania multinațională, viața i s-a schimbat total, clientul petrecând mult timp la locul de muncă și fiind supus unei presiuni continue de a-și îndeplini sarcinile la cote foarte ridicate. Din ce în ce mai stresat de volumul de muncă și de datele-limită de realizare a sarcinilor de serviciu, clientul a început să aibă o serie de atacuri de panică ce au crescut în frecvență rapid. Aceste atacuri de panică au devenit invalidante pentru client, care a ajuns să nu mai iasă din casă la un moment dat, fiindu-i frică să nu cadă pe stradă sau „să nu i se întâmple ceva rău".

Nicolae a efectuat un control medical amănunțit, dar nefiind înregistrată nicio suferință organică, medicii i-au recomandat un consult psihiatric. Medicația primită nu a dat rezultate, Nicolae continuând să aibă aceste atacuri de panică. Cu toate că psihiatrul i-a sugerat să încerce să utilizeze serviciile unui psiholog, clientul a amânat și acest lucru, sperând că atacurile de panică vor înceta la un moment dat. În cele din urmă, la insistențele mamei, a venit la cabinetul de psihoterapie, încercând să-și rezolve problemele.

Intervențiile psihoterapeutice cognitiv-comportamentale în tendința de amânare

Tendința de amânare pare să fie socotită o boală a civilizației. În societățile orientate spre cunoaștere, creșterea numărului persoanelor care au un comportament de amânare se va realiza în paralel cu diminuarea timpului liber. Intervențiile terapeutice în acest domeniu s-au concentrat adesea pe aspectele neadaptative de amânare, ignorând, prin urmare, funcțiile pe care acest comportament le îndeplinește (Harris și Sutton, 1983).

Abordarea rațional-emotivă sugerează că problemele psihologice ar putea deriva din orice tip de credință (Dryden & Branch, 2008). De exemplu, tendința de amânare ar putea fi legată de un sentiment al lipsei propriei valori sau de dificultatea sarcinii, teama de eșec sau de pierdere a aprobării, de intoleranța față de anxietate, furie etc. (Ellis & Knaus, 1977).

Persoanele afectate de credințe iraționale pot avea îndoieli legate de abilitatea de a se descurca (autoeficacitate slabă) și pot considera că orice eșec de a atinge anumite standarde sugerează inadecvarea persoanei (stimă de sine scăzută).

A fost identificat un set destul de complet din punct de vedere cognitiv, afectiv și comportamental în literatura teoretică rațional-emotivă ca fiind predictor al tendinței de amânare. În literatura psihologică, credințele legate de intoleranța la frustrare și credințele iraționale au fost considerate condiții centrale ale amânării.

Stima de sine și autoeficacitatea au fost considerate ca fiind mediatori cognitivi. În fine, autoreglarea a fost studiată ca fiind o componentă comportamentală a abordării emoțional-comportamentale în explicarea amânării.

Intoleranța la frustrare joacă de asemenea un rol important în terapia rațional-emotivă și în legătură directă cu tendința de amânare.

Ea reprezintă solicitarea ca realitatea să fie așa cum subiectul își dorește (Ko, Yen, Yen, Chen & Wang, 2008).

Intoleranța la frustrare se bazează pe refuzul de a accepta diferența dintre dorință și realitate (Harrington, 2005b, 2006). Toleranța la frustrare este un element important pentru ca individul să se simtă mai adecvat și mai împăcat cu el însuși.

În timp ce unii autori au văzut frustrarea ca pe un motiv al tendinței de amânare, alții argumentează că însăși tendința de amânare este frustrantă (Andreou, 2007).

Dryden (2003) sugerează că un grad ridicat al frustrării este un tip de credință rațională. O persoană cu o toleranță crescută ar putea considera că un eveniment sau o situație negativă este dificil de tolerat, dar totuși posibil de tolerat. O astfel de credință include două aspecte. În primul rând, evenimentul sau situația este considerată ca fiind dificil de tolerat dar, pe de altă parte, evenimentul sau situația este considerată ca fiind tolerabilă. Din acest punct de vedere, teoria emotiv-comportamentală a pus în evidență importanța toleranței la frustrare, în timp ce oamenii experimentează emoții adaptative și sunt capabili să rezolve probleme.

Frustrarea a fost considerată un obstacol în calea comportamentelor centrate pe scop (Butterfield, 1962). Într-o linie similară, Ellis și Knaus (1977) sugerează că intoleranța la frustrare reprezintă principala cauză a amânării (p. 19). Astfel, cei care amână consideră că vor avea suficient timp să finalizeze o sarcină, au o toleranță mică la frustrare și au tendința de a se eticheta ca fiind leneși sau nemotivați.

Tendința de amânare tinde să rezulte din combinația următoare:

a) neîncrederea în propria capacitate de a realiza o sarcină;
b) incapacitatea de a amâna gratificarea;
c) asumarea vinii pentru propria influență asupra surselor externe (Ellis & Knaus, 1977). Literatura teoretică descrie intoleranța la frustrare prin două categorii, respectiv: intoleranța față de distresul emoțional, intoleranța față de scopurile frustrate și piedici și cererea pentru corectitudine și gratificare imediată (Dryden & Gordon, 1993).

Harrington (2005a) considera că acele credințe legate de intoleranța la frustrare au evidențiat un construct multivariant și a sugerat existența unor dimensiuni, precum intoleranța emoțională, disconfortul

emoțional, revendicarea și reușita. Primele două componente au fost asociate într-o măsură mai mare cu amânarea.

Intoleranța emoțională reflectă sentimente legate de intoleranța față de anumite emoții negative. Aceasta implică nesiguranța, simțul controlului și aversiunea emoțională.

Credințele raționale, credințele iraționale și tendința de amânare

Credințele raționale sau iraționale (Ellis, 1962) reprezintă o serie de evaluări ale realității, nu descrieri sau predicții. Prin contrast cu credințele raționale care sunt expresii ale dorințelor, speranțelor sau preferințelor, credințele iraționale sunt expresii ale cerințelor (versus dorințe), ale lui „trebuie" (versus preferință) și ale nevoilor (versus dorințelor).

Credințele iraționale, cognițiile sau gândirea de tip irațional reprezintă un set de termeni ampli care cuprind un set de viziuni disfuncționale asupra lumii (Steel, 2007).

Ellis (1973) le-a identificat ca fiind următoarele: (1) îngreunarea propriului drum spre fericire și îndeplinire a dorințelor și (2) arbitrar sau greu de dovedit.

În ciuda faptului că Ellis a detaliat 11 tipuri de credințe iraționale, concluzii recente din abordarea rațional-emotivă sugerează existența a patru categorii în care se încadrează credințele iraționale. Categoriile includ gândirea revendicativă, catastrofizarea (Crawford & Ellis, 1989), evaluarea globală sau autominimalizarea, și intoleranța la frustrare. Astfel, gândirea revendicativă se referă la cerințe absolutiste care sunt articulate în forme variate precum „trebuie" sau „ar trebui".

Catastrofizarea se referă la evaluarea unei situații ca fiind mai rea decât este în realitate. Intoleranța la frustrare se referă la credința conform căreia persoana nu poate suporta o anumită situație; de asemenea, aceasta nu poate fi fericită câtă vreme nu i s-au îndeplinit toate cerințele. În fine, evaluarea globală se referă la credința conform căreia individul tinde să fie excesiv de critic atât în ceea ce privește propria persoană, cât și condițiile sale de viață.

Credințele iraționale au fost considerate ca fiind centrale pentru probleme emoționale și comportamentale bazate pe teoria rațional-emotivă și comportamentală (Ellis & Dryden, 1997). Ellis și Knaus (1977) consideră amânarea ca fiind o tulburare emoțională rezultată din gânduri iraționale. Conform lui Ellis și Knaus, ideea irațională aflată la baza amânării este „trebuie să mă descurc bine" și să

„demonstrez că sunt o persoană competentă și de încredere". Astfel, în momentul în care persoana are un eșec, credința irațională va conduce la pierderea stimei de sine. Inevitabil, studenții amână pentru a-și proteja stima de sine fragilă. Ellis (1973) a argumentat faptul că toate aceste credințe iraționale, în special două dintre ele, sunt puternic corelate cu tendința de amânare: credința în propria inadecvare și credința că lumea este prea dificilă și solicitantă.

Autorii care au continuat studiile lui Ellis și Knaus au investigat prevalența credințelor iraționale în rândul celor care amână. S-a acordat o atenție specială fricii de eșec, perfecționismului și anxietății. Studiile clinice au adus mai multe probe în evidențierea faptului că o parte din credințele iraționale reprezintă o sursă majoră a tendinței de amânare (Ellis & Knaus, 1977).

Iresponsabilitatea emoțională este o altă dimensiune a credințelor iraționale (Ellis, 1962). Aceasta identifică acea credință conform căreia persoana are un control foarte mic asupra propriei nefericiri sau stări emoționale, de vreme ce acestea sunt cauzate de alte persoane sau evenimente. Aceste persoane consideră de asemenea că totul va fi bine câtă vreme ceilalți se vor schimba. În această formă irațională, oamenii sunt tulburați de interpretarea evenimentelor externe și nu de apariția acestora în sine. Astfel de gânduri îi fac pe indivizi să atribuie responsabilitatea asupra altor persoane.

Meyer (2010) susține că modul în care oamenii se simt depinde de responsabilitatea emoțională. Modul rațional de interpretare a unei idei precum „oamenii mă înfurie" ar fi următorul: „Sunt furios pentru că..." Astfel, Meyer accentuează importanța găsirii unei explicații raționale pentru ceea ce simțim.

Rezultatele generale privitoare la amânare în cadrul academic au arătat că dezvoltarea gândurilor iraționale în detrimentul celor raționale i-ar putea determina pe studenți să amâne într-o măsură mai mare. Concluziile studiilor anterioare, printre care și cele prezentate mai sus, au arătat cum variate credințe iraționale constituie predictori importanți ai amânării.

Cu toate acestea, cele mai multe comportamente de amânare nu ating proporții patologice. În aceste cazuri, coachingul cognitiv-comportamental care utilizează învățarea unor metode de gestionare a timpului este de obicei suficient pentru a ajuta oamenii în tratarea problemei lor (van Eerde, 2003b).

Tratamentul în cazul tendinței de amânare poate începe, prin urmare, de la o viziune mai cuprinzătoare a termenului și luând în considerare alte resurse cognitiv-afective și comportamentale ale individului.

Terapia care se bazează pe procedeul de „amânare structurată" ar putea arăta calea de urmat, în cazul în care oamenii ar putea învăța tehnici de conservare a energiei și cum să-și „piardă" timpul în mod mai judicios.

Asumpțiile tendinței de amânare din perspectiva cognitiv-comportamentală sunt următoarele:

- Dreptul de a face ceva;
- Rejectarea sensibilității;
- Dependența;
- Controlul;
- Perfecționismul;
- Pasiv-agresivitatea;
- Raționalizarea sentimentului;
- Nivel de toleranță scăzut;
- Inadecvare personală;
- Trecut fără succes;
- Autoretragere;
- Frica de creștere a expectațiilor din partea celorlalți.

Predicțiile tendinței de amânare:

- Este mult prea greu;
- Nu am suficient timp acum;
- Nu știu cum să fac;
- Sunt foarte în urmă, nu am cum să-i mai prind pe ceilalți din urmă;
- Mai bine aș face orice altceva;
- Mă simt și mai rău dacă încep să fac acest lucru;
- Ar trebui să aștept până când mă voi simți în stare să fac acest lucru;
- Ceva și mai rău se va întâmpla în momentul în care voi termina de făcut acest lucru.

Travaliul cognitiv-comportamental în cazul unei persoane (client) care prezintă tendință de amânare disfuncțională se bazează pe următoarele dimensiuni și întrebări terapeutice care îi pot fi adresate acesteia :

- *Perspectiva de viitor*: Este o persoană care se centrează pe beneficii obținute pe termen scurt sau pe termen lung? Care sunt principalele costuri pe termen lung ale tendinței de amânare așa cum o pune în practică clientul respectiv?
- *Analiza cost–beneficiu*: Care sunt alternativele și care sunt costurile și beneficiile pentru fiecare dintre aceste alternative? Cum acționează clientul această balanță?
- *Autodisciplina*: Ce este gata să facă clientul? Unde se îndreaptă mai întâi? Când va începe să se ocupe de acest lucru? Cât timp va petrece în acest sens ? Clientul se va îndrepta mai degrabă către scop și mai puțin către problemă, ținând cont de feedbackul primit de la terapeut?
- *Autorecompensare*: Clientul va avea ca temă pentru acasă să se recompenseze și autoîncurajeze pentru fiecare pas. Acest lucru îi va întări comportamentul de a nu mai amâna.
- *Deschiderea spre a învăța lucruri noi despre sine*: Clientul își va observa și va învăța să-și monitorizeze comportamentul și, dacă începe o sarcină pe care nu o poate duce la sfârșit, poate învăța ceva din acest lucru.

Tendința de amânare a acțiunilor poate fi atât de înrădăcinată în țesătura psihologică a indivizilor, încât, dacă s-ar încerca suprimarea acesteia, ar fi ca și cum s-ar suprima părți ale umanității acestora. Poate că acest lucru ar explica la un moment dat de ce este atât de omniprezentă tendința de amânare.

Numeroase cercetări subliniază că, prin utilizarea tehnicii de meditație bazată pe conștientizare (*mindfulness*), oamenii își însușesc mai degrabă o serie de comportamente corelate cu reușita, acestea fiind traduse printr-o îmbunătățire a autoreglării personale. Conform lui Howell și Buro (2010), meditația bazată pe conștientizare are o influență pozitivă asupra autocontrolului și căutării sprijinului din partea celorlalți, în același timp reducând comportamentul tipic tendinței de amânare. Autorii citați au descoperit de asemenea că utilizându-se tehnicile de meditație bazată pe conștientizare, clienții

ating un echilibru mai bun în ceea ce privește emoțiile pozitive și negative.

Prezentăm în continuare un exercițiu de meditație bazată pe conștientizare, ce se adresează ameliorării tendinței de amânare (adaptat după Kabat-Zinn, 1996):

„Găsește o postură confortabilă culcat pe spate sau șezând. Dacă stai așezat, păstrează coloana vertebrală dreaptă și lasă-ți umerii să cadă.

Închide ochii, dacă asta te face să-ți fie mai confortabil.

Concentrează-ți atenția asupra abdomenului, simțind momentul în care se ridică sau se extinde ușor pe inspirație și cade sau se retrage pe expirație.

Păstrează-ți concentrarea pe respirație, *fiind* cu fiecare inspirație pe durata sa completă și cu fiecare expirație pe durata sa completă, ca și cum ai naviga pe valurile respirației tale.

De fiecare dată când observi că mintea ta s-a rătăcit de respirație, observă care a fost lucrul care te-a luat de acolo și apoi adu ușor atenția înapoi la abdomen și trăiește respirația așa cum ea intră și iese în afara ta.

Dacă mintea ta rătăcește departe de respirația ta de o mie de ori, atunci munca ta este pur și simplu să o aducă înapoi la respirație de fiecare dată, indiferent de ceea ce a preocupat-o.

Dacă mintea ta rătăcește departe de respirația ta, observă felul în care o face fără a te impacienta și știind că munca ta este să o aduci înapoi, fă acest lucru încet, fără să te grăbești. Fă acest lucru în timp ce observi că îl faci și lasă ca atenția ta să fie purtată de munca ta, care se va întoarce mereu și mereu înspre respirația ta.

Observă respirația ta ca și când întreaga ta viață depinde doar de această respirație a ta.

Observă cum respirația ta urcă și coboară și cum, odată cu ea, întregul tău corp vibrează și o împărtășește.

Și dacă mintea ta încearcă să te ducă departe de respirația ta, oferindu-ți cine știe ce gând, permite-i să o facă, observând însă cum tu o lași să facă acest lucru fără să te împotrivești, fără să protestezi, dar știind că acolo în spate munca ta este să o aduci înapoi la respirație de fiecare dată.

Şi dacă mintea încearcă să te ducă departe de respiraţia ta oferindu-ţi un gând despre cât de bine te descurci să faci acest lucru, observă cum tu o laşi să facă acest lucru fără să te împotriveşti, fără să protestezi şi fără să te simţi vinovat, dar ştiind că acolo, în spate, munca ta este să o aduci înapoi la respiraţia ta de fiecare dată.

Observă respiraţia ta, cum urcă şi coboară şi cum lasă ca mintea ta să-şi găsească drumul printre atâtea gânduri, care vin şi pleacă, care îţi spun că nu reuşeşti să faci lucrurile atât de bine pe cât ţi-ai propus să le faci, şi mai observă felul în care munca ta este să o aduci înapoi lăsând să treacă mai departe gândurile despre cum nu reuşeşti să faci lucrurile atât de bine, fără să te împotriveşti, fără să protestezi şi fără să te simţi vinovat şi lasă ca mintea ta să-şi găsească drumul înapoi înspre respiraţia ta.

Observă mai departe respiraţia ta cu ochii minţii tale şi gândeşte-te că aceia sunt ochii copilului din tine, ochii aceia mari care te privesc cum tu de fiecare dată încerci să faci ceva, să aduci înapoi mintea la respiraţia ta.

Observă mai departe respiraţia ta cu ochii minţii tale, felul cum lucrurile pleacă şi vin, şi vin şi pleacă, şi adu-ţi aminte că felul în care faci lucrurile depinde numai de tine.

Observă mai departe respiraţia ta cu ochii minţii tale, şi adu-ţi aminte cum s-au întâmplat lucrurile acelea pe care ai amânat să le faci, ştiind că felul în care amâni lucrurile depinde numai de tine.

Observă respiraţia ta şi concentrează-te asupra ei şi observă cum respiraţia ta urcă şi coboară şi cum odată cu ea întregul tău corp vibrează şi o împărtăşeşte.

Şi în momentul în care faci acest lucru, conştientizează că tu alegi să faci lucrurile în acest fel, fără să amâni, că faci aceste lucruri uşor şi firesc.

Şi dacă mintea ta încearcă să te ducă departe de respiraţia ta, oferindu-ţi cine ştie ce gând, permite-i să o facă observând însă cum tu o laşi să facă acest lucru fără să te împotriveşti, fără să protestezi, dar ştiind că acolo, în spate, munca ta este să o aduci înapoi la respiraţie de fiecare dată. Şi în momentul în care faci acest lucru conştientizează că tu alegi să faci lucrurile în acest fel, fără să amâni, şi că fiecare respiraţie de a ta reprezintă

alegerea de a nu amâna, ci de a fi prezent alături de tine și de respirația ta.

Și iarăși, dacă mintea ta rătăcește departe de respirația ta de o mie de ori, atunci munca ta este pur și simplu să o aducă înapoi la respirație de fiecare dată, indiferent de ceea ce a preocupat-o.

Dacă mintea ta rătăcește departe de respirația ta, observă felul în care o face fără a te impacienta și știind că munca ta este să o aduci înapoi, fă acest lucru încet, fără să te grăbești.

Fă acest lucru în timp ce observi că îl faci și lasă ca atenția ta să fie purtată de munca ta care se va întoarce mereu și mereu înspre respirația ta.

Păstrează-ți concentrarea pe respirație, *fiind* cu fiecare inspirație pe durata sa completă și fără să amâni, și cu fiecare expirație pe durata sa completă, ca și cum ai naviga pe valurile respirației tale.

Observă cum navighezi pe valurile respirației tale, valuri mici și regulate care vin și pleacă, lăsându-ți mintea atentă și concentrată la respirația ta. Observă respirația ta și fă acest lucru știind că îl faci, doar să observi respirația ta, felul în care plămânii tăi se umplu de aer și se golesc și felul în care respirația ta se lasă astfel observată.

Observă respirația ta și în momentul în care dorești încheie pentru moment această observație și revino la treburile tale, în mod firesc, fără amânare, așa cum este și respirația ta".

Pe lângă rezultatele directe și pozitive care se obțin în urma aplicării intervențiilor terapeutice care mizează pe utilizarea meditației asociate cu conștientizarea (*mindfulness*) se mai poate vorbi și despre contribuția indirectă a acesteia la obținerea efectelor pozitive în cazul tendinței de amânare. Lay (1986) susține că amânarea ar putea fi cauzată de îngrijorare și frică (fie față de succes, fie față de eșec), anxietate sau stres. Având în vedere că se consideră că tehnica *mindfulness* are un efect în scăderea îngrijorării, fricii și stresului, ne putem aștepta să aibă un efect indirect și asupra tendinței de amânare.

Îmbunătățirile aduse prin prisma intervențiilor cognitiv-comportamentale și a celor de tip ACT (Terapia prin acceptare și angajament), la care se adaugă utilizarea meditației bazate pe conștientizare (*mindfulness*) au ca rezultat o mai bună înțelegere a mecanismelor

care stau la baza tendinței de amânare. Dacă aceste mecanisme sunt vizate și modificate prin formulele psihoterapeutice evidențiate mai sus, eficacitatea intervențiilor ar putea deveni din ce în ce mai consolidată.

Bibliografie selectivă

Ackerman, D. S., & Gross, B. L. (2005). My instructor made me do it: Task characteristics of procrastination. *Journal of Marketing Education*, 27, 5–13.

Adamson, J., & Burdick, J. A. (1973). Sleep of dry alcoholics. *Archives of General Psychiatry, 28*(1), 146–149.

Ağargün, M. Y., Kara, H., & Solmaz, M. (1997). Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Ainslie, G.W. (1975). Specious reward: a behavioural theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol. Bull, 82*, pp. 463–496.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., & Waters, E. W. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, (86).

Akerlof, G. A. (1991). Procrastination and obedience. *American Economic Review, 81*(2), 1–19.

Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58*(2), 165–185.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E., & Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical child and family psychology review, 9*(1), 23–64.

Alsene, K., Deckert, J., Sand, P., & de Wit, H. (2003). Association between A2a receptor gene polymorphisms and

caffeine-induced anxiety. *Neuropsychopharmacology, 28*(9), 1694–1702.

Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*(6), 449–463.

Bakal, D., Steiert, M., Coll, P., & Schaefer, J. (2006). An experiential mind–body approach to the management of medically unexplained symptoms. *Medical hypotheses, 67*(6), 1443–1447.

Baxter, L. R., Phelps, M. E., Mazziotta, J. C., Guze, B. H., Schwartz, J. M., & Selin, C. E. (1987). Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: a comparison with rates in unipolar depression and in normal controls. *Archives of General Psychiatry, 44*(3), 211–218.

Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology, 21*(4), 703.

Beck, B. L., Koons, S. R., & Milgrim, D. L. (2000). Correlates and consequences of behavioral procrastination: The effects of academic procrastination, self-consciousness, self-esteem and self-handicapping. *Journal of Social Behavior & Personality.*

Benloucif, S., Orbeta, L., Ortiz, R., Janssen, I., Finkel, S. I., Bleiberg, J., & Zee, P. C. (2004). Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep, 27*(8), 1542–1551.

Bernert, R. A., & Joiner, T. E. (2007). Sleep disturbances and suicide risk: a review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment, 3*(6), 735.

Berns, G. S., Chappelow, J., Cekic, M., Zink, C. F., Pagnoni, G., & Martin-Skurski, M. E. (2006). Neurobiological substrates of dread. *Science, 312*(5774), 754–758.

Bertolino, B., & O'Hanlon, W. H. (2002). *Collaborative, competency-based counseling and therapy.* Allyn & Bacon.

Blatt, S. J., & Quinlan, P. (1967). Punctual and procrastinating students: a study of temporal parameters. *Journal of Consulting Psychology, 31*(2), 169.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 68*(6), 539–544.

Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1995). 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *SLEEP-NEW YORK-, 18*, 581–581.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, volume i: *Attachment.*

Branden, N. (1995). *The six pillars of self-esteem.* Random House LLC.

Briody, R. (1980). An exploratory study of procrastination (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).

Buysse, D. J., & Kupfer, D. J. (1990). Diagnostic and Research Applications of Electroencephalographic Sleep Studies in Depression Conceptual and Methodological Issues. *The Journal of nervous and mental disease, 178*(7), 405–414.

Cade, B., & O'Hanlon, W. H. (1993). *A brief guide to brief therapy.* WW Norton & Co.

Carlson, L. E., & Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International journal of behavioral medicine, 12*(4), 278–285.

Carney, C., & Manber, R. (2009). *Quiet Your Mind and Get to Sleep: Solutions to insomnia for those with depression, anxiety or chronic pain.* New Harbinger Publications.

Carney, C. E., & Waters, W. F. (2006). Effects of a structured problem-solving procedure on pre-sleep cognitive arousal in college students with insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 13–28.

Castillo-Richmond, A., Schneider, R. H., Alexander, C. N., Cook, R., Myers, H., Nidich, S., Haney, C.,Rainforth, M., Salerno, J. (2000). Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. *Stroke, 31*(3), 568–573.

Chabaud, P., Ferrand, C., & Maury, J. (2010). Individual differences in undergraduate student athletes: The roles of perfectionism and trait anxiety on perception of procrastination behavior. *Social Behavior and Personality: an international journal, 38*(8), 1041–1056.

Choi, J. N., & Moran, S.V. (2009). Why not procrastinate? Development and validation of a new active procrastination scale. *Journal of Social Psychology, 149*, 195–211.

Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*(3), 457–476.

Chu, A. H. C. & Choi, J. N. (2005). Rethinking procrastination: Positive effects of „active" procrastination behavior on attitudes and performance. *Journal of Social Psychology, 145*, 245–264.

Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 620–624.

Corcoran, J. (2009). *The Depression Solutions: A Strength and Skills-Based Approach*. New Harbinger Publications.

Curry, J. F., Wells, K. C., Lochman, J. E., Craighead, W. E., & Nagy, P. D. (2003). Cognitive-behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents: development and pilot testing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(6), 656–665.

Czech, S. J., Katz, A. M., & Orsillo, S. M. (2011). The effect of values affirmation on psychological stress. *Cognitive behaviour therapy, 40*(4), 304–312.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine, 65*(4), 564–570.

Deshmukh, V. D. (2006). Neuroscience of meditation. *The Scientific World Journal, 6*, 2239–2253.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. WW Norton & Co.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*. Cengage Learning.

Drummond, S., Gillin, J. C., Smith, T. L., & DeModena, A. (1998). The sleep of abstinent pure primary alcoholic patients: natural course and relationship to relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*(8), 1796–1802.

Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 13*(2), 85–89.

Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination: Or how to think and act rationally in spite of life's inevitable hassles.* Institute for Rational Living.

España, R. A., & Scammell, T. E. (2004). Sleep neurobiology for the clinician. *Sleep, 27*(4), 811–820.

Erisman, S. M., & Roemer, L. (2012). A preliminary investigation of the process of mindfulness. *Mindfulness, 3*(1), 30–43.

Evans, G. W., & Johnson, D. (2000). Stress and open-office noise. *Journal of Applied Psychology, 85*(5), 779.

Fennell, M. J. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy, 42*(9), 1053–1067.

Ferrari, J. R., & Olivette, M. J. (1994). Parental authority and the development of female dysfunctional procrastination. *Journal of Research in Personality, 28*(1), 87–100.

Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. Personality and Individual Differences, 17(5), 673–679.

Fernie, B. A., & Spada, M. M. (2008). Metacognitions about procrastination: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(03), 359–364.

Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry, 6*(1), 14.

Fisone, G., Borgvist, A. Usiello, A. (2004). Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action. *Cell Mol Life Sci, 61* (2004), pp. 857–872.

Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55*(3), 251–274.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Martin, T. R. (1995). Dimensions of perfectionism and procrastination. *In Procrastination and task avoidance* (pp. 113–136). Springer US.

Fontanini, A., & Katz, D. B. (2008). Behavioral states, network states, and sensory response variability. *Journal of neurophysiology, 100*(3), 1160–1168.

Foster, J. H., & Peters, T. J. (1999). Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23*(6), 1044–1051.

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *Jama, 262*(11), 1479–1484.

Fredholm, B. B., Bättig, K., Holmén, J., Nehlig, A., & Zvartau, E. E. (1999). Actions of caffeine in the brain with special reference to factors that contribute to its widespread use. *Pharmacological reviews, 51*(1), 83–133.

Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review, 106*(3), 458.

Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work.* Random House LLC.

Green, Joseph P.; Barabasz, Arreed F.; Barrett, Deirdre; Montgomery, Guy H., Forging Ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis, în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol 53(3), Jul 2005, 259-264.

Greenblatt, David J., Pharmacology of benzodiazepine hypnotics, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 53(6, Suppl.), Jun 1992, 7-13.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 57*(1), 35–43.

Hanson, R. (2009). *Buddha's brain: The practical neuroscience of happiness, love, and wisdom.* New Harbinger Publications.

Harriott, J., & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports, 78*(2), 611–616.

Harvey, A. G., & Farrell, C. (2003). The efficacy of a Pennebaker-like writing intervention for poor sleepers. *Behavioral Sleep Medicine, 1*(2), 115–124.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a

late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology, 14*(2), 152.

Howell, A. J., Digdon, N. L., & Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 419–424.

Jacobs, G. D., Benson, H., & Friedman, R. (1996). Topographic EEG mapping of the relaxation response. *Biofeedback and self-regulation, 21*(2), 121–129.

Joormann, J., Talbot, L., & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of abnormal psychology, 116*(1), 135.

— Forging ahead: the 2003 APA Division 30definitions of hypnosis. *The International journal of Clinical and experimental hypnosis*, 53, 259–264

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness.* Hachette UK.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burncy, R., & Sellers, W. (1986). Four-Year Follow-Up of a Meditation-Based Program for the Self-Regulation of Chronic Pain: Treatment Outcomes and Compliance. *The Clinical Journal of Pain, 2*(3), 159–774.

Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* Random House LLC.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.* New York: Delta.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., ... & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing photo therapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic medicine, 60*(5), 625–632.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine, 8*(2), 163–190.

Kasper, G. (2004). Tax procrastination: Survey finds 29% have yet to begin taxes. *Retrieved March, 14*, 2006.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Sullivan, P., Corey, L. A., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1999). A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. *Psychological medicine, 29*(02), 299–308.

Kennedy, S. H., Eisfeld, B. S., Meyer, J. H., & Bagby, R. M. (2001). Antidepressants in clinical practice: limitations of assessment methods and drug response. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 16*(1), 105–114.

Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2002). Epidemiology of depression. *Handbook of depression, 2*, 5–22.

Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., ... & Yook, K. H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of anxiety disorders, 24*(6), 590–595.

Knaus, B. (2002). *The Procrastination Workbook: Your Personalized Program For Breaking Free From The Patterns That Hold You Back* Author: Bi.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Wang, S. Y. (2008). The association between Internet addiction and belief of frustration intolerance: the gender difference. *Cyberpsychology & Behavior, 11*(3), 273–278.

Knaus, W. J. (1973). Overcoming procrastination. *Institute for Rational Living, 8*, 2–7.

Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative Life Events and Depression in Elderly Persons A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(1), P87–P94.

Lay, C. H., & Schouwenburg, H. C. (1993). Trait procrastination, time management, and academic behavior. *Journal of Social Behavior & Personality, 8*, 647–662.

Levey, A. B., Aldaz, J. A., Watts, F. N., & Coyle, K. (1991). Articulatory suppression and the treatment of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 29*(1), 85–89.

Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality.*

Loewenstein, G., & Elster, J. (Eds.). (1992). *Choice over time.* Russell Sage Foundation.

Lynn, S.J., Kirsch, I. (2011). *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-based Approach*. Second edition. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.*

Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (1998). *Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript*, University of California at Berkeley.

Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). The Melbourne Decision Making Questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making, 10*(1), 1–19.

Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*(1), 13–21.

McClure, S. M., Ericson, K. M., Laibson, D. I., Loewenstein, G., & Cohen, J. D. (2007). Time discounting for primary rewards. *The Journal of Neuroscience, 27*(21), 5796–5804.

McCown, W., Johnson, J., & Petzel, T. (1989). Procrastination, a principal components analysis. *Personality and Individual Differences, 10*(2), 197–202.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2011). *Thoughts and feelings: Taking control of your moods and your life*. New Harbinger Publications.

Melemis, S. M. (2010). *I Want To Change My Life: How To Overcome Anxiety, Depression And Addiction.* Toronto Ontario: Modern Therapies.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion, 27*(2), 77–102.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry, 17*(3), 192–200.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. Guilford, New York.

Moon, S. M., & Illingworth, A. J. (2005). Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination. *Personality and Individual Differences, 38*(2), 297–309.

Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-, 29*(11), 1398.

Nardi, B. A., Ly, S., & Harris, J. (2007, January). Learning conversations in World of Warcraft. In *System Sciences, 2007. HICSS 2007. 40th Annual Hawaii International Conference on (pp. 79-79). IEEE.*

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85–101.

Nissen, C., Kloepfer, C., Nofzinger, E. A., Feige, B., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2006). Impaired sleep-related memory consolidation in primary insomnia-a pilot study. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-, 29*(8), 1068.

Nofzinger, E. A., Nissen, C., Germain, A., Moul, D., Hall, M., Price, J. C., ... & Buysse, D. J. (2006). Regional cerebral metabolic correlates of WASO during NREM sleep in insomnia. *J Clin Sleep Med, 2*(3), 316–322.

Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 391–403.

Nongard, R. (2011). *Magic Words, the Sourcebook of Hypnosis Patter and Scripts and How to Overcome Hypnotic Difficulties.* Lulu. com.

O'Donoghue, T., & Rabin, M. (1999). Incentives for procrastinators. *Quarterly Journal of Economics,* 769–816.

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews, 6*(2), 97–111.

Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life.* Guilford Press.

Palmer, D. (1998). *Procrastination Retrieved,* 2008.

Paris, J. (2005). Neurobiological dimensional models of personality: A review of the models of Cloninger, Depue, and Siever. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 156–170.

Patel, C., Marmot, M. G., Terry, D. J., Carruthers, M., Hunt, B., & Patel, M. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *British medical journal (Clinical research ed.), 290*(6475), 1103.

Patterson, D. R. (2010). *Clinical hypnosis for pain control.* American Psychological Association.

Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *The international journal of neuropsychopharmacology, 10*(01), 131–136.

Perlis, M. L., Giles, D. E., Buysse, D. J., Tu, X., & Kupfer, D. J. (1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of affective disorders, 42*(2), 209–212.

Kabat Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K.E., & Pbert, L., Zenderking, W.R., Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry, 149*, 936–943.

Place, M., Reynolds, J., Cousins, A., & O'Neill, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and adolescent mental health, 7*(4), 162–167.

Robinson, P., & Strosahl, K. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living.* New Harbinger Publications.

Roehrs, T., & Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep medicine reviews, 5*(4), 287–297.

Roy-Byrne, P. P., & Wingerson, D. (1992). Pharmacotherapy of anxiety disorders. *Review of psychiatry, 11*, 260–284.

Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis.Textul complet al acestui articol poate fi găsit pe site-ul AJPM la www. ajpm-online.net. *American journal of preventive medicine*, 23(1), 51–61.

Sapadin, L. (1997). *It's About Time!: The Six Styles of Procrastination and How to Overcome Them*, Penguin Books; ediție retipărită.

Schotte, C. K., Van Den Bossche, B., De Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and anxiety, 23*(5), 312–324.

Schwartz, J. M., Stapp, H. P., & Beauregard, M. (2005). Quantum physics in neuroscience and psychology: a neurophysical model of mind–brain interaction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 360*(1458), 1309–1327.

Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification.* Oxford University Press.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression.*

Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are.* Guilford Press.

Sirois, F.M. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors. *Personality and Individual Differences, 37,* 115–128.

Solberg, E. E., Halvorsen, R., Sundgot-Borgen, J., Ingjer, F., & Holen, A. (1995). Meditation: a modulator of the immune response to physical stress? A brief report. *British Journal of Sports Medicine, 29*(4), 255–257.

Solomon, L., Rothblum, E. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology, 31*(4), 503–509.

Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of anxiety disorders, 21*(2), 233–241.

Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook.* New Harbinger Publications.

Steel, P. (2007), The Nature of Procrastination: A Meta-Analytic and Theoretical Review of Quintessential Self-Regulatory Failure, *Psychological Bulletin,* vol. 133, no.1, pp. 65–94.

Strohmeier, J. (Ed.). (2000). *The Bhagavad Gita According to Gandhi.* Berkeley Hills Books.

Sunstein, C. R., & Thaler, R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness.* New Haven: Yale University Press.

Talbot, M. (2002). Girls just want to be mean. *New York Times Magazine, 24*, 24–30.

ten Doesschate, M. C., Bockting, C. L., & Schene, A. H. (2009). Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Journal of affective disorders, 115*(1), 167–170.

Tekur, P., Nagarathna, R., Chametcha, S., Hankey, A., & Nagendra, H. R. (2012). A comprehensive yoga programs improves pain, anxiety and depression in chronic low back pain patients more than exercise: an RCT. *Complementary therapies in medicine, 20*(3), 107–118.

Thase, M. E., Fasiczka, A. L., Berman, S. R., Simons, A. D., & Reynolds, C. F. (1998). Electroencephalographic sleep profiles before and after cognitive behavior therapy of depression. *Archives of General Psychiatry, 55*(2), 138–144.

Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(4), 220–235.

Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical psychology review, 31*(4), 617–625.

Tucci, J. M. (2003). Behavioral and hypnotic treatments for insomnia subtypes. *Behavioral sleep medicine, 1*(2), 81–101.

Tuckman, B. W. (2002). *Academic Procrastinators: Their Rationalizations and Web-Course Performance.*

Ueshiba, M. (2002). *The art of peace.* Shambhala Publications.

van Eerde, W. (2003a). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and Individual Differences, 35*, 1401–1418.

van Eerde, W. (2003b). Procrastination at work and time management training. *Journal of Psychology, 137*, 421–434.

van Wyk, L., (2004), The Relationship Between Procrastination and Stress in the Life of the Highschool Teacher. Teză de doctorat, Universitatea din Pretoria ETD.

Vitiello, M. V. (1997). Sleep, alcohol and alcohol abuse. *Addiction Biology, 2*(2), 151–158.

Walton, K. G., Schneider, R. H., Nidich, S. I., Salemo, J. W., Nordstrom, C. K., & Merz, C. N. B. (2002). Psychosocial stress and

cardiovascular disease. Part 2: effectiveness of the Transcendental Meditation program in treatment and prevention. *Behavioral Medicine, 28*(3), 106–123.

Waters, W. F., Hurry, M. J., Binks, P. G., Carney, C. E., Lajos, L. E., Fuller, K. H., ... & Weissman, M. M., Greenwald, S., Niño-Murcia, G., & Dement, W. C. (1997). The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *General hospital psychiatry, 19*(4), 245–250.

Watson, D.C. (2001). Procrastination and the five-factor model: A facet level analysis. Personality and Individual Differences, 30, 149–158.

Wehrenberg, M. (2008). *The 10 best-ever anxiety management techniques: Understanding how your brain makes you anxious and what you can do to change it.* WW Norton & Company.

Williams, B. (2009). *A Glimpse into the Meditating Brain.* University of New Mexico.

Winsper, C., & Tang, N. K. (2014). Linkages between insomnia and suicidality: Prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms. *International Review of Psychiatry, 26*(2), 189–204.

Yapko, M. D. (2011). *Mindfulness and hypnosis: The power of suggestion to transform experience.* WW Norton & Company.

Yapko, M. D. (2006). *Hypnosis and treating depression: Advances in clinical practice.*

Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in clinical practice: A source book, 17,* 19–31.

Zayfert, C., & DeViva, J. C. (2004). Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 69–73.

Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification, 35*(3), 265–283.

Tipar: ARTPRINT
Email:office@artprint.ro
Tel: 021.336.36.33

Psihoterapia eficientă
Irina Holdevici, Barbara Crăciun

Tratat de psihologie generală
Paul Popescu-Neveanu

Tratat de reziliență asistată
Coord. Serban Ionescu

Oameni și vocații. Înțelegerea tipurilor de personalitate
Isabel Briggs Myers, Peter B. Myers

Terapia GESTALT
Dave Mann

Ce se petrece în grupuri
R.D. Hinshelwood

Teoria psihanalitică a nevrozei
Otto Fenichel

Psihiatrie, psihanaliză și noua biologie a minții
Eric R. Kandel

Tratat de psihologia muncii
Mihaela Chraif

Tratat de psihoterapie de grup
Irvin D. Yalom, Molyn Leszcz

Carapacea protectoare
Frances Tustin

Selecție din opera unui maestru al terapiei și al povestirii
Irvin D. Yalom

O istorie a psihologiei moderne
Duane P. Schultz & Sydney Ellen Schultz

Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană
Vasile Dem. Zamfirescu

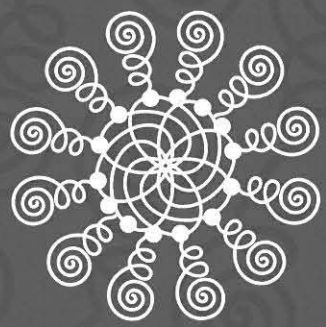
PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Axată în jurul ideii de „aici și acum", ce urmărește tratarea bolilor psihice prin menținerea clientului în contact cu prezentul subiectiv și obiectiv, cartea prezintă metode terapeutice mai puțin cunoscute publicului român, cum ar fi tehnica meditației prin conștientizare și terapia prin acceptare și angajament. Acestea sunt descrise succint și clar de cele două autoare și comparate cu alte metode de psihoterapie scurtă care au făcut deja istorie, cum ar fi hipnoterapia permisivă și psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Cartea reprezintă o ocazie de a înțelege mecanismele care stau la baza unora dintre cele mai eficiente metode de tratare a depresiei, anxietății și altor tulburări emoționale. Presărată cu numeroase cazuri clinice și exemple aplicative, **Psihoterapia tulburărilor emoționale** se adresează nu numai psihologilor și psihoterapeuților, ci și oricărui cititor interesat de cunoașterea de sine și de metodele de terapie psihică.

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

55,00 lei



edituratrei.ro

Irina Holdevici este profesor universitar la Universitatea Titu Maiorescu din București, psihoterapeut și formator în domeniul psihoterapiei cognitiv comportamentale și hipnozei clinice, psiholog clinician și psihoterapeut la clinica Medas. A publicat peste 100 de studii și 25 de cărți de specialitate. În 2008 a fost distinsă cu premiul Academiei Române „Constantin Rădulescu Motru", pentru lucrarea **Consiliere și psihoterapie în situații de criză**.

Barbara Crăciun este asistent universitar la Universitatea Titu Maiorescu din București, psihoterapeut și formator în domeniul consilierii și psihoterapiei cognitiv-comportamentale. A publicat mai multe articole în reviste de specialitate interne și internaționale și face parte din consiliul editorial al **Romanian Journal of Experimental Applied Psychology**.

ISBN 978-606-719-195-0

Psihoterapia tulburărilor emoționale
Irina Holdevici
TREI